|  |  |
| --- | --- |
|  **Pommerscher Diakonieverein e. V.****Einrichtungsname**StraßeOrt | Tel.:       Fax:      Mail:       |

|  |
| --- |
| **1. ANGABEN ZUR PERSON** |
| Familienname      | Geburtsname      | Vorname      |
| Geburtsdatum      | Geburtsort       | dzt. Wohnhaft in – PLZ, Ort      | Straße, Hausnummer      | Telefon      |
| Familienstand      | Nationalität      | Konfession      |

|  |
| --- |
| **2. ANGEHÖRIGE – KONTAKTPERSONEN** |
| wie verwandt | Name | Anschrift | Telefon/E-Mail |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **3. BETREUER/IN nach BETREUUNGSRECHT/BEVOLLMÄCHTIGTE/R** |
| Name      | Anschrift      | Telefon      |
| E-Mail:       |  |
| Vertretungsvollmachten      | Bestallungs-Nr.      |

|  |
| --- |
| **4. FINANZIERUNG / LEISTUNGSTRÄGER**Falls monatl. Einkommen, Pflegeleistungen und Barvermögen nicht zur Deckung der Leistung ausreichen, bitte Antrag auf Grundsicherung und Betreuungsleistungen stellen. |
| Sozialhilfe | Sozialamt      | Antrag gestellt am      | von      | Genehmigt am      |
|  |
| Ansprechpartner Sozialamt | PLZ, Ort (Standort) | Straße | Tel./Fax |
|       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pflegeleistungen | Name der Pflegekasse      | genehmigt am      | Pflegegrad      | Neuer Antrag am      |

|  |
| --- |
| Falls abweichend: Rechnungsempfänger |
| Name | PLZ, Ort | Straße | Tel./Fax |
|       |       |       |       |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5**. **DERZEITIGER AUFENTHALT (ggf. Krankenhaus, Einrichtung)** |
| Name der Einrichtung | Anschrift | Aufnahmegrund |
|       |       |       |
| **6. FRÜHERE UNTERBRINGUNG (in ähnlichen Einrichtungen)** |
|       |
| **7. ÄRZTLICHE VERSORGUNG** |
|  | Name | Anschrift | Tel./Fax/E-Mail |
| Hausarzt |       |       |       |
| Beh. Arzt i. KH |       |       |       |
| Facharzt |       |       |       |
| Zahnarzt |       |       |       |
| **Versicherungs-Nr.:**       |
| **Krankenkasse/Pflegekasse:**       |
| **8. Regelung Todesfall**Bestattungshaus      Bestattungsart      Aussegnungswunsch [ ]  ja [ ]  nein Kirchliche Bestattung [ ]  ja [ ]  nein **Nachlassempfänger/in:** |
|  Name:  |
|  Vorname: |
|  Anschrift: |
|  Telefon/E-Mail: |
| **9. Sonstiges**Personalausweisnummer:       Ausgestellt am:       in:       Gültig bis:       Schwerbehindertenausweis [ ]  ja Merkzeichen       [ ]  Fehler! Textmarke nicht definiert.[ ]  neinFahrtenbefreiung ambulant      Zuzahlungsbefreiung: [ ]  ja [ ]  neinKleinmöbel werden mitgebracht [ ]  ja [ ]  Fehler! Textmarke nicht definiert.[ ]  neinwelche       |
| **10. VORVERTRAGLICHE INFORMATIONEN**  |
| Die vorvertraglichen Informationen wurden mit Datum vom  |       | ausgehändigt. |

**Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt dem Antrag zur Aufnahme bei.**

**Aufnahmedatum:**

|  |
| --- |
|  |
| Ort, Datum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Regionalleitung oder Pflegedienstleitung |  | Kundin/Kunde(rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter) |

**Zusatzinformation/Einwilligung:**

[ ]  Die unter Punkt 3 benannte Person erklärt sich hiermit einverstanden und willigt ein, dass bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt - der in Punkt 1 benannten Person - die Kontaktdaten (Name, Vorname) einschließlich der Telefonnummer auf dem Überleitungsbogen/Notfallblatt der Einrichtung angegeben werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

|  |
| --- |
|  |
| u. Punkt 3 benannte Person (rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter) |

|  |
| --- |
|  |
| Ort, Datum |