

Wohnpflegezentrum Donauresidenz  
 UG  
 Hagelrainstr. 19 + 23  
 78166 Donaueschingen

Tel.: 0771 - 898683-0  
 Fax: 0771 - 898683-1



## Heimaufnahmebogen

für einen Aufenthalt in der  Langzeitpflege  Kurzzeitpflege  
 gewünschte Unterbringung  Einzelzimmer  Doppelzimmer

**Stammdaten Bewohner / in:**      **Aufnahmewunsch am** \_\_\_\_\_ **Auszug am** \_\_\_\_\_

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsname
Geburtsort	Nationalität: _____ Konfession: _____
Familienstand	seit: _____ Anzahl der Kinder: _____

### Bezugspersonen

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail
Verwandtschaftsverhältnis / Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)	

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail
Verwandtschaftsverhältnis / Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)	

Gerichtlich bestellter Betreuer?       Ja (Bitte Bestellung beifügen)      Nein     

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail

## Pflege

Kranken- /Pflegekasse	Versicherten-Nr.
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax

Zuzahlungsbefreiung  Ja (Bitte Ausweis beifügen)  Nein

Pflegestufe liegt vor  Ja (Bitte Bescheid beifügen)  Nein

Pfleggrad  1  2  3  4  5

Ein Pflegegrad liegt noch nicht vor, ein Antrag wurde aber gestellt am \_\_\_\_\_

Ein Höherstufungsantrag wurde gestellt am \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis liegt vor  Ja  Nein

Wichtige Hinweise und Besonderheiten \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Facharzt für: \_\_\_\_\_

für: \_\_\_\_\_

## Kostenträger

Selbstzahler  Ja  Nein

Rechnungsempfänger:

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort

## Sozialhilfe

Antrag auf Sozialhilfe ist / wird gestellt am \_\_\_\_\_

Antrag auf Pflege-Wohngeld ist /wird gestellt am \_\_\_\_\_

Zuständiges Sozialamt \_\_\_\_\_

Auf die Beantragung von Sozialhilfe bzw. Pflege Wohngeld wird verzichtet  Ja  Nein

Kostenzusage Ja (Bitte  Bescheid beifügen) Nein

Beihilfeberechtigt Ja  (Bitte Bescheid beifügen) Nein

Rentenversicherung (Bitte aktuellen Bescheid beifügen)

Träger	Nr.
Telefon	Telefax

## Unterlagen

Versorgungsvollmacht liegt vor  Ja  Nein

Betreuungsverfügung liegt vor  Ja  Nein

Patientenverfügung liegt vor  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewohners/Bevollmächtigte/Betreuers