

**Bewohner - /
Debitorennummer:**

Name, Vorname

Anschrift

Aufnahmedatum

Pflegegrad

Privat/Sozial

Pflegeart

Wohnbereich

(Vollstationär / Kurzzeit / Tagespflege / Verhinderungspflege/ Wartestatus / etc.)

AZ Träger

Sozialamt

AZ Soz.-Amt

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

erl. Beruf

Geschlecht

Konfession

Familienstand

Nationalität

Hausarzt

Angehörige

(Name, Anschrift, Telefon,
Verwandtschaftsgrad, sonstige
Informationen)

Herkunft

Krankenhaus

andere Einrichtung

von Zuhause

BETREUER

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Aktenzeichen _____ Einstweilige Anordnung gilt bis zum _____

Informationen _____

Betreueraufgaben _____

Wertsachen Bewohner [] Heimverw [] ohne []

Postangelegenh. Bewohner [] Heimverw [] Betreuer []

Finanzen Bewohner [] Heimverw [] Betreuer []

WEITERE BETREUER

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Aktenzeichen _____ Einstweilige Anordnung gilt bis zum _____

Betreueraufgaben _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Aktenzeichen _____ Einstweilige Anordnung gilt bis zum _____

Betreueraufgaben _____

KRANKENKASSE

Name _____

Anschrift _____

Vers.-Nummer _____ Befreiungsnummer _____

Befreiung von Zuzahlungen

Fahrtkosten befreit ab _____ bis _____ dauerbefreit []

Arznei- und Verbandmittel befreit ab _____ bis _____ dauerbefreit []

Heilmittel befreit ab _____ bis _____ dauerbefreit []

Hilfsmittel, Bandagen, Einlagen befreit ab _____ bis _____ dauerbefreit []

Stationäre Versorgung und REHA befreit ab _____ bis _____ dauerbefreit []

KRANKENKASSE für Inkontinenzmittel

Name _____

Anschrift _____

Vers.-Nummer _____ Befreiungsnummer _____

Inkontinenzart Harn [] Stuhl []

Inkontinent seit _____

IK Mittelabrechnung Rezepte []

Inkontinenzmittel befreit ab _____ bis _____ dauerbefreit []

PFLEGEKASSE

Name _____

Anschrift _____

Aktenzeichen _____

KOSTENTRÄGER

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____ Telefax _____

Bankverbindung (nur bei Bankeinzug) Bankname _____

BIC _____

IBAN _____

Kontoinhaber _____

Sonstige Info _____

WEITERE KOSTENTRÄGER

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____ Telefax _____

Sonstige Info _____

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____ Telefax _____

Sonstige Info

**Besitzstandsschutz von
vorheriger Einrichtung**

SONSTIGE ANGABEN

letzter Wohnsitz
des Bewohners

neuer Wohnsitz

noch nicht gemeldet [] Datum der Ummeldung _____

Heimadresse ist 1. Wohnsitz []

ltz. Wohnsitz ist 2. Wohnsitz []

Wohngeldberechtigt _____

Informationen zum Heim bzw. Betreuungsvertrag

**Sonstige Informationen
(Bewohnerakte)**

PersonalausweisNr. _____ gültig bis _____

RentenversicherungsNr. _____

Schwerbehinderung [] Ausweistyp [] Beh. grad. % [] gültig bis _____

Bewohner Bar/Eigengeld wird eingerichtet _____
