

## BRK Bürgerspital Kulmbach

### Bewohnerbogen

Gewünschtes Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

Zimmernummer: \_\_\_\_\_

#### **Persönliche Daten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

derzeitige Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Dauerpflege  Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Vorheriger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

#### **Alle Angehörige (Ehegatten, Kinder usw.): (Beziehung, Name, Anschrift, Telefon)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

derzeitige Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

derzeitige Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

derzeitige Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

Besteht eine Betreuung: Erledigt:  ja, beantragt am: \_\_\_\_\_  nein

Gesetzl. Betreuer: \_\_\_\_\_  ja, seit: \_\_\_\_\_  nein

Anschrift des Betreuers: \_\_\_\_\_  
**(Bitte Beschluss vom Amtsgericht, Vollmacht, Betreuungsausweis etc. mitbringen)**

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Übernimmt der Hausarzt die Betreuung im Heim?  ja /  nein

Wenn nein, welchen Arzt bevorzugen Sie? \_\_\_\_\_

Patientenverfügung:  ja /  nein **(Falls ja, bitte Patientenverfügung mitbringen)**

Transport:  liegend  im Rollstuhl  gehfähig

Wünschen Sie ein:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Wer soll die Rechnung erhalten? \_\_\_\_\_

Wird Kostenübernahme durch den Bezirk Oberfranken beantragt:  ja /  nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Sind Sie vom MDK bereits eingestuft?  ja /  nein, wenn ja, Pflegegrad: \_\_\_\_\_  
**(Bitte Schreiben des MDK und/oder der Krankenkasse über die Pflegegrad-Einstufung mitbringen)**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkassenkarte gültig bis: \_\_\_\_\_ **(Bitte eine zusätzliche Kopie mitbringen)**

Zuzahlungsbefreiung:  ja /  nein, wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_  
**(Falls ja, bitte Befreiungsausweis in Kopie mitbringen)**

Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja /  nein, wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Bringen Sie Hilfsmittel mit?  ja /  nein, wenn ja, welche

\_\_\_\_\_ Lieferant: \_\_\_\_\_

Kasseneigentum     Privateigentum

\_\_\_\_\_ Lieferant: \_\_\_\_\_

Kasseneigentum     Privateigentum

BRK Bürgerspital, Kulmbach

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Heimleitung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner bzw. des gesetzl.  
Vertreterers