

**BRK Seniorenheim „Haus Rotmaintal“ -  
Bewohnerbogen**

Gewünschtes Einzugsdatum: \_\_\_\_\_

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

**Persönliche Daten:**

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

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

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

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

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

Aufnahmegrund: \_\_\_\_\_

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

Ehemaliger Beruf: \_\_\_\_\_

Letzte Eheschließung: \_\_\_\_\_

(wird für Meldeformular des Einwohnermeldeamtes benötigt – Bitte Geburtsurkunde, bzw. und Heiratsurkunde mit evtl. Sterbevermerk des Ehegatten)

Alle Angehörige (Ehegatten, Kinder, oder Erbberechtigte usw.):  
(Beziehung, Name, Anschrift, Telefon, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 (R)  Doublette

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)**

Zusatzbetreuungsbedarf nach § 87b, SGB XI:  ja /  nein,

wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_

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

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

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

Kasseneigentum     Privateigentum

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

Kasseneigentum     Privateigentum

Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_

Adresse/Telefon: \_\_\_\_\_

Pfarramt / Pfarrer für Bestattungen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Eine Voranmeldung wurde bereits vorgenommen:

telefonisch     mündlich    am: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

BRK Haus Rotmaintal, Neudrossenfeld

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

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