

Fragebogen für eine Aufnahme im LWL-Pflegezentrum Warstein

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Konfession _____ Familienstand: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Derzeitiger Wohnsitz: _____

Anfrage durch: _____

Rechtsgrundlage: freiwillig Betreuung

Amtsgericht: _____ Aktenzeichen: _____

Unterbringungsbeschluss von: _____ bis: _____

Kostenträger: _____ örtl. Sozialhilfeträger Selbstzahler

Pflegegrad: _____ Heimnotwendigkeitsbescheinigung: ja nein

Bisher Leistungen nach §45a SGB XI oder §87b SGBXI erhalten: ja nein

Ärztliche Bescheinigung: frei von ansteckenden Krankheiten ja nein

Diagnose: _____

Unterlagen, Berichte aus vorherigen Aufenthalten, Biographie
Versichertenkarte, Schwerbehindertenausweis

Betreuer: _____

Wirkungskreis: _____ (Kopie der Bestellungsurkunde)

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____ Fax: _____

Angehörige: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____ Fax: _____

Versicherter: _____ Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Genehmigung durch:	erstellt am	erstellt von	geändert am	geändert von
EL/PDL	05.2012	PDL	02.01.2017	PDL

Krankenkasse: _____ **Versicherten-Nr.:** _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Fax:** _____ **Ansprechpartner:** _____

Vom LWL-Pflegezentrum Warstein auszufüllen:

Datum der Anfrage: _____ **In Warteliste aufgenommen am:** _____

Beantwortet am: _____

Bewohner-Nr.: _____ **Aufnahmedatum:** _____ **Wohnbereich:** _____

Zimmer-Nr.: _____

Hausarzt: _____

Eigene Möbel: ja nein **Haustier:** ja nein

Inkontinenz: Harn Stuhl

Befreiung von Zuzahlungen: nein ja, bis: _____

Befreiung von Rundfunkgebühren: nein ja, bis: _____

Schwerbehindertenausweis: nein ja, gültig bis: _____

GdB: _____ % **Buchst.:** _____

Behinderung: **G** (geistig) **P** (psychisch) **S** (Sucht) ja nein **Demenz**

Bezugspflegekraft: _____

Vertretung: _____

Bemerkungen: _____

Genehmigung durch:	erstellt am	erstellt von	geändert am	geändert von
EL/PDL	05.2012	PDL	02.01.2017	PDL