

☐ **Diakonie Stift Norf**☐ **Stationäre Pflege**☐ **Kurzzeitpflege/ Zeitraum:** \_\_\_\_\_☐ **Elise Averdieck-Haus**☐ **Stationäre Pflege**

## Neuaufnahme

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Geburtstag:	Geburtsort:
Geburtsname:	Familienstand:
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Größe:	Gewicht:
Inkontinenz:    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Raucher/in:    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Kranken-/ Pflegekasse:	Pflegegrad:
Versicherungsnummer:	Befreiung von der Zuzahlung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Hausarzt:
-----------

<b>Finanzierung:</b> <b>(Angabe nur bei stationärer Pflege)</b>	
Selbstzahler:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Pflegewohngeld:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sozialhilfe:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Bezugsperson 1:	<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Rechnungs-Empfänger
Beziehung:	<input type="checkbox"/> Betreuer/ Bevollmächtigter (Betreuungsvollmacht einreichen/ vorlegen)
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Telefon:	E-Mail:

Bezugsperson 2:	<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Rechnungs-Empfänger
Beziehung:	<input type="checkbox"/> Betreuer/ Bevollmächtigter (Betreuungsvollmacht einreichen/ vorlegen)
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Telefon:	E-Mail:

Bezugsperson 3:	<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Rechnungs-Empfänger
Beziehung:	<input type="checkbox"/> Betreuer/ Bevollmächtigter (Betreuungsvollmacht einreichen/ vorlegen)
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ / Ort:
Telefon:	E-Mail:

Vollmacht/ Betreuungsurkunde vorhanden:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Patientenverfügung vorhanden:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Individuelle Merkmale:
------------------------

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift (Bewohner/ Betreuer/ Bevollmächtigter)