

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:

Finanzierung: (Angabe nur bei stationärer Pflege)	
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)