



Aufnahmetag		Wohnbereich / Zi.	
ausgeschieden am		Grund	

Name		PA – Nr.	
Geburtsname		ausgestellt am	
Vornamen		in	
Geburtsdatum		Staatsangeh.	
Geburtsort / -kreis		Pflegegrad	
Familienstand		Krankenkasse	
Letzte Eheschließung		Mitglieds.-Nr.	
Standesamt/Nr. Eintr.		Chipkarte gültig	
Name/Vorname Ehep.		Renten-Nr. AR	
Geburtsdatum Ehep.		Renten-Nr. WR	
Falls Ehep. verstorben	wann: <input type="text"/>	Ort: <input type="text"/>	Schwerb.A.Nr.
Konfession		Zeichen	
Zug. Kirchgemeinde		Diabetiker	
Erlerner Beruf		Herzschrittm.	
Letzte Tätigkeit		Typ	
Eigene Kinder (Anzahl)	lebend: <input type="text"/>	verst.: <input type="text"/>	
Letzte Wohnanschrift			
Derzeitiger Aufenthalt			

Angehörige - Name -	Anschrift (PLZ/Ort/Straße/E-Mail Adresse)	Telefon (priv./dienstl.)	wie verwandt?

Hausarzt - Name -	Anschrift (PLZ/Ort/Straße)	Telefon	Bemerkungen

Betreuer - Name -	Anschrift (PLZ/Ort/Straße)	Telefon	Bemerkungen

Rechnungsempfänger	Anschrift (PLZ/Ort/Straße)	Telefon	Bemerkungen

Die Heimkosten werden überwiesen per Lastschrift abgebucht

Bei Lastschrift bitte beigefügte Einzugsermächtigung ausfüllen!

Telefon gewünscht ja nein

Feinwäsche wird durch das Heim gewaschen
 gewaschen von:

Die Grundgebühr für das Telefon, die Gesprächsgebühren, sowie die erbrachten Vorleistungen (Friseur, Fußpflege, Zuzahlungen) werden mit den monatlichen Heimkosten in Rechnung gestellt.

Weiter siehe Rückseite



Verzeichnis meines mitgebrachten persönlichen Eigentums (Möbel, Geräte, Wertgegenstände)

Dieses Verzeichnis kann nicht als Grundlage für spätere Ansprüche der Erben gegen den Nachlass angesehen werden.

Folgende Papiere übergebe ich zur Aufbewahrung in meiner Heimakte (siehe auch Med.-Fragebogen)

Familienbuch <input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde <input type="checkbox"/>	Sterbeurkunde Ehepartner <input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>	christl. Patientenverfügung <input type="checkbox"/>	

Ich gebe mein Einverständnis zur internen Video- und Fotodokumentation sowie deren Verwendung zu internen Ausstellungszwecken (z.B. Fotoausstellungen)	<input type="checkbox"/> ja, ich bin einverstanden
	<input type="checkbox"/> nein ich bin <u>nicht</u> einverstanden

Im Falle meines Ablebens gilt folgende Verfügung

Meinen Nachlass regelt (Name/Anschrift/Tel.)	
--	--

Für alle Nachlassregelungen erkläre ich mich verantwortlich (Unterschrift der für die Nachlassregelung angegebenen Person)	
---	--

Meine Bestattung regelt (Name/Anschrift/Tel.)	
---	--

Für alle Bestattungsregelungen erkläre ich mich verantwortlich (Unterschrift der für die Bestattungsregelung angegebenen Person)	
---	--

Bei Abwesenheit bzw. nicht Erreichbarkeit oben genannter Person kann das unten aufgeführte Bestattungsinstitut durch Mitarbeiter des Heimes, in dessen Namen, beauftragt werden.

Art der Bestattung		Friedhof	
--------------------	--	----------	--

Grabstelle		Grabschein wo?	
------------	--	----------------	--

Bestattungsvorsorge vorhanden ?		Wo hinterlegt?	
---------------------------------	--	----------------	--

Bestattungsinstitut (Name/Anschrift/Tel.)	
---	--

Besondere Wünsche	
-------------------	--

Testament vorhanden		Wo hinterlegt?	
---------------------	--	----------------	--

Ich nehme zur Kenntnis, dass alle Veränderungen der hier aufgeführten Angaben umgehend der Heimleitung / Verwaltung zu melden sind.

Weiterhin bestätige ich den Erhalt des Informationsblattes für Sicherheit, Brandschutz und Hygiene sowie die Brandschutzordnung (Kurzform) und dessen Kenntnisnahme.

Durch die Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben auf diesem Stammdatenblatt bestätigt.

Ort / Datum	Unterschrift Heimbewohner / gesetzlicher Vertreter
-------------	--