

Sehr geehrte Bewohner, sehr geehrter Angehöriger, sehr geehrter Betreuer,
für die Aufnahme benötigen wir folgende persönliche Unterlagen/Gegenstände, bitte bringen Sie diese am Aufnahmetag mit:

Unterlagen / Gegenstände	liegt bei	nicht vorhanden	wird nachgereicht
Personalausweis (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenübernahme der Pflegekasse (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenversicherungskarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ggf. Befreiungskarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unterschriebene aktuelle ärztliche Medikamentenverordnung (Medikamentenplan, Macumarplan, Allergiepass usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausgefüllter ärztlicher Fragebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktueller Arztbrief (bei Überleitung aus dem Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausgefüllter Biographiebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haftpflichtversicherungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ggf. Schwerbehindertenausweis (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ggf. Betreuerausweis (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ggf. Vorsorgevollmacht (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ggf. Patientenverfügung (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei einer codegeschützten Unterbringung: ärztliches Attest und FEM-Formular bzw. bereits vorliegender richterlicher Beschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benötigte Hilfsmittel: (Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Brille, Hörgerät, Zahnprothese, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckermessgerät (nur bei Diabetikern) (Einweg-Sicherheitslanzetten, Sicherheits-Pen-Nadeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geeignete Kleidung (pflegeleicht) in ausreichender Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeartikel: (Hautlotion, Zahnbürste, Zahnputzbecher, Prothesenbecher, Haftcreme, Rasiergel, Kamm oder Bürste, Nagelscherenset, ggf. Rasierapparat, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Kurzzeitpflege zusätzlich:			
benötigte Medikamente für den <u>gesamten Zeitraum</u> der KZP in ausreichender Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shampoo, Duschgel, Zahnpasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behältnis für Schmutzwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ggf. Inkontinenzprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>