



BBG Senioren-Residenzen GmbH
Interessenten- / Aufnahmebogen

Geltungsbereich:
Verwaltung / Leitung

Datum: _____

Tuckermannstraße **Greifswaldstraße**

Vollstationär **Kurzzeitpflege** von: _____ bis: _____ **Verhinderungspflege** von: _____ bis: _____

Einzugsdatum: _____ **Doppelzimmer** **Einzelzimmer** **Zimmernummer:** _____
 vorsorglich **Wohnbereich:** _____

Name:	Geburtsname:	Geburtsdatum:
Vorname:		
Adresse:		
Telefon:	Handy:	

Inkontinenzprodukte bei Kurzzeitpflege durch BW selber: ja nein - bei nein, Kostenübernahme bei der Kasse erfragen.

Medikamente bei Kurzzeitpflege durch BW selber: ja nein

Angehöriger: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Betreuung Vollmacht durch: _____

Telefon Betreuer / Bevollmächtigter: _____

Wirkungskreis: _____

Rechnungsempfänger: _____

Selbstzahler: ja nein

Einkommen: _____

Pflegekasse: _____

Ausgaben _____

Versicherungsnummer: _____

Sozialhilfe ja nein

Sozialamt: _____

Pflegegrad (PG): beantragt 1 2 3 4 5 (min. PG2 muss zur Aufnahme erfüllt sein)BBG – Mitglied ja Mitgliedsnummer: _____ nein Patientenverfügung: ja nein Beerdigungsinstitut: _____Hinlauffendenzen: ja nein Kommt von zu Hause Kommt aus dem Krankenhaus : _____Kommt aus anderer Einrichtung : _____Impfstatus zu Covid-19: vollständig (> 15 Tage) Erste Impfung erhalten Keine

Gewicht: _____

Größe _____

Ansteckende Krankheiten? ja nein

Wenn "Ja" welche? _____

Freigabe	Bearbeiter	Dokumentenlenkung	Änderungsstand	Datum	Seite
Hr. Nielsen	Hr. Nielsen	F 63	11	16.09.21	Seite 2 von 3



Neuer Hausarzt wird benötigt

Name und Anschrift des Hausarztes:

Telefon:

Fax:

Diagnosen:

Sonstige Informationen:

Ärztlicher Fragebogen liegt vor: ja nein

Daten in Medifox eingegeben, am: _____, Hdz.: _____

Freigabe	Bearbeiter	Dokumentenlenkung	Änderungsstand	Datum	Seite
Hr. Nielsen	Hr. Nielsen	F 63	11	16.09.21	Seite 3 von 3