



BBG Senioren-Residenzen GmbH  
Interessenten- / Aufnahmebogen

Geltungsbereich:  
Verwaltung / Leitung

Tuckermannstraße  Greifswaldstraße

Vollstationär  Kurzzeitpflege  von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Verhinderungspflege  von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Einzugsdatum: \_\_\_\_\_ Doppelzimmer  Einzelzimmer  Zimmernummer: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_ Betreuung  Vollmacht  durch: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon Betreuer / Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

Freigabe	Bearbeiter	Dokumentenlenkung	Änderungsstand	Datum	Seite
Hr. Nielsen	Fr. Schrader-Greb	F 63	9	11.06.2019	Seite 1 von 3



BBG Senioren-Residenzen GmbH  
Interessenten- / Aufnahmebogen

Geltungsbereich:  
Verwaltung / Leitung

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

Selbstzahler: ja  nein

\_\_\_\_\_

Einkommen: \_\_\_\_\_

Rententräger: \_\_\_\_\_

Ausgaben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sozialhilfe ja  nein

\_\_\_\_\_

Sozialamt: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Pflegegrad (PG): beantragt  1  2  3  4  5

BBG – Mitglied ja  Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ nein

Patientenverfügung: ja  nein

Beerdigungsinstitut: \_\_\_\_\_

Hinlauffendenzen: ja  nein

Kommt von zu Hause  Kommt aus dem Krankenhaus  : \_\_\_\_\_

Kommt aus anderer Einrichtung : \_\_\_\_\_

Name Hausarzt:	Diagnosen:
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	

