



DEUTSCHER  
ORDEN  
ORDENSWERKE

## Case-Management (Vor Aufnahme)

Checkliste  
Case-Management  
Haus St. Raphael

### Aufnahmeantrag Vollstationär

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Pflegebedürftigkeit festgestellt (ja/nein): ..... Pflegegrad: \_\_\_\_\_ (Bitte Bescheid beifügen)

..... noch nicht beantragt

..... beantragt, Bearbeitung läuft.

---

Krankenkasse /  
Pflegekasse: \_\_\_\_\_

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

---

Rechnungsempfänger: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



DEUTSCHER  
ORDEN  
ORDENSWERKE

## Case-Management (Vor Aufnahme)

Checkliste  
Case-Management  
Haus St. Raphael

Sepa-  
Lastschriftmandat:    Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

Liegt eine Beihilfeberechtigung vor? (Bitte Bescheid beifügen)

ja       nein

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? (Bitte Bescheid beifügen)

ja       nein

Liegt eine Schwerbehinderung vor? (Bitte Ausweis beifügen)

ja       nein

Wenn ja wieviel Grad:

Besteht ein Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge?

ja       nein

### **Kontakte / Ansprechpartner**

#### **1.      Hauptansprechpartner**

Name: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/  
Verhältnisgrad: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



**Case-Management**  
(Vor Aufnahme)

Checkliste  
Case-Management  
Haus St. Raphael

**2. Angehörige**

Name: \_\_\_\_\_

Verwandschafts-/  
Verhältnisgrad: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Betreuung oder Bevollmächtigung:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden?  ja  nein ( wenn ja, bitte beifügen)

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein ( wenn ja, bitte beifügen)

**Umfang der Betreuung:** \_\_\_\_\_



DEUTSCHER  
ORDEN  
ORDENSWERKE

## Case-Management (Vor Aufnahme)

Checkliste  
Case-Management  
Haus St. Raphael

**Hausarzt:** Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Fachärzte** Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Fachärzte** Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Fachärzte** Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Unterbringung:**  Einzelzimmer  Doppelzimmer  egal

Inkontinenzbescheinigung  ja  nein

Kostenträger: Selbstzahler  ja  nein

Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt?  
 ja  nein

Wenn ja welches Sozialamt:

\_\_\_\_\_

**Sonstige Bemerkungen/Wünsche:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5



DEUTSCHER  
ORDEN  
ORDENSWERKE

**Case-Management**  
(Vor Aufnahme)

Checkliste  
Case-Management  
Haus St. Raphael

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Bewohner:** \_\_\_\_\_

oder

**Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter:** \_\_\_\_\_

---

**Einrichtungsinterne Mitteilung (wird vom Case-Management ausgefüllt):**

Datum des Einzuges: \_\_\_\_\_

Geplanter Wohnbereich: \_\_\_\_\_ Zimmernummer: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Genehmigt vom Case-Management:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel