 Bezirksverband Oberbayern e.V. AWO-Zentrum Freilassing/Netzwerkoase	Formular Aufnahmebogen	IV.2.ER_FO_1
		Seite 1 von 4

Liebe Gäste der Netzwerkoase,

um Sie in der Netzwerkoase Freilassing gut betreuen bzw. versorgen zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung.

Bitte füllen Sie das Formular aus und schicken Sie dieses umgehend wieder zurück. Ihre Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Netzwerkoase im AWO-Zentrum Freilassing Münchener Str. 49 83395 Freilassing	
--	--

Anmeldung zur Aufnahme		Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen entsenden.	
unverbindlich			
Vorname- und Zuname			
Geburtsname			
Geburtsdatum/-ort	Geburtsdatum	Geburtsort	
Adresse	Straße, Nr. _____		
	PLZ / Ort _____		
	Telefon _____		
	E-Mail _____		
Beruf			
Familienstand			
Konfession			
Staatsangehörigkeit			
Derzeitiger Aufenthalt	Straße, Nr. _____		


Erstellung: Nicole Neubauer	Formale Prüfung (QM): Christine Diesch	Freigabe: Nicole Neubauer	Freigabedatum: 30.04.2025	Version: 1
Dateiname: IV.2.ER_FO_1 Aufnahmebogen_für_Gäste.docx				



(bei Krankenhaus oder anderer stationärer Einrichtung bitte entsprechende Adresse angeben)	PLZ / Ort		
	Telefon		
	Vor- und Zuname		
	Verwand- schaftsgrad		
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
	Telefon		
Angehörige	E-Mail		
	Vor- und Zuname		
	Verwand- schaftsgrad		
	Straße, Nr.		
	PLZ/Ort		
	Telefon		
	E-Mail		
Betreuung (nach Betreuungsrecht)	Besteht eine Betreuung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Betreuung beantragt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Vollmacht vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja,	Vor- und Zuname des*der der Betreuer*in	
	Straße, Nr.	
	PLZ/Ort	
	Telefon/Email	
Wirkungskreis der Betreuung		

Hausarzt	Name _____		
	Straße, Nr. _____		
	PLZ/Ort _____		
	Telefon/Fax _____ / _____		
	E-Mail _____		
Krankenkasse	Name _____		
	Versichertennummer _____		
Pflegegrad seit wann: _____	Kein <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	Pflegegrad beantragt <input type="checkbox"/> am _____
Ärztliche Diagnose:	_____		
Allergien, wenn ja, welche:	_____		
Wunschtermin zur Aufnahme	Datum _____		
	Dauer _____	Von _____	Bis _____
Besteht eine Patienten-Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, bitte Kopie anfügen
Besteht eine Vorsorgevollmacht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, bitte Kopie anfügen
Bankverbindung	Geldinstitut _____		
	IBAN _____		
	BIC _____		
	Mit untenstehender Unterschrift wird ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt.		
Woher haben Sie Kenntnis von der Einrichtung Internet, Presse, Empfehlung z. B. vom Hausarzt usw.	_____		

 Bezirksverband Oberbayern e.V. AWO-Zentrum Freilassing/Netzwerkoase	Formular Aufnahmebogen	IV.2.ER_FO_1
		Seite 4 von 4

Ort, Datum

Interessent*in

Vertreten durch:

Die Formulare „Checkliste Aufenthalt“, „Ausstattung Netzwerkoase“, „Übersicht Leistungskombination“ sind für Sie gedacht. Sie können sich damit einen Überblick verschaffen, welche Utensilien Sie mitbringen sollten und was vorhanden ist. Die Übersicht der möglichen Leistungskombinationen soll Ihnen eine kleine Stütze sein, wie die Versorgung gestaltet werden kann.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Gastgeber der Netzwerkoase Freilassing

Erstellung: Nicole Neubauer	Formale Prüfung (QM): Christine Diesch	Freigabe: Nicole Neubauer	Freigabedatum: 30.04.2025	Version: 1
Dateiname: IV.2.ER_FO_1 Aufnahmebogen_für_Gäste.docx				