Vitalhome Plus

ALLTAGSBEGLEITUNG & ENTLASTUNG

KUNDENAUFNAHME & BETREUUNGSVEREINBARUNG

Erfassungsbogen für Alltagsbegleitung, Betreuung und haushaltsnahe Dienstleistungen

Hinweis: Bitte füllen Sie diesen Aufnahmebogen sorgfältig aus. Die Daten dienen der individuellen Einsatzplanung und Abrechnung nach § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) sowie weiterer Pflegeleistungen. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz.

1. ANGABEN ZUR ZU BETREUENDEN PERSON (KLIENT/IN)

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, Nº): _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

2. GESETZLICHE VERTRETUNG / BEVOLLMÄCHTIGTE(R) / ANGEHÖRIGE(R)

(Ausfüllen, falls abweichend von der zu betreuenden Person)

Name, Vorname: _____

Verhältnis zum Klienten: _____

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

3. ANGABEN ZUR PFLEGEVERSICHERUNG

Pflegekasse / Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Pflegegrad vorhanden? ☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ Grad 5 ☐ Keiner

4. GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN & UNTERSTÜTZUNG

Bitte kreuzen Sie die gewünschten Leistungsbereiche an:

- ☐ **Alltagsbegleitung & Betreuung** (Spaziergänge, Vorlesen, Gesellschaft, Gedächtnistraining, Arztbegleitung)
- ☐ **Haushaltsnahe Dienstleistungen** (Wohnungsreinigung, Fenster putzen, Wäschepflege, Bügeln)
- ☐ **Einkäufe & Besorgungen** (Lebensmitteleinkäufe, Gang zur Apotheke, Post- und Bankgeschäfte)
- ☐ **Entlastung pflegender Angehöriger** (Stundenweise Verhinderungspflege im vertrauten Umfeld)

5. ZEITLICHER RAHMEN & FREQUENZ

Gewünschter Starttermin: _____

Gewünschte Wochentage: _____

Stundenumfang pro Woche: _____

6. MEDIZINISCHE BESONDERHEITEN & WICHTIGE HINWEISE

_____

_____

7. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG & UNTERSCHRIFTEN

Hiermit bestätige ich/wir die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten von **Vitalhome Plus** zur Durchführung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie zur Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern im Rahmen der DSGVO verarbeitet und gespeichert werden.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Klient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in