

- vollstationäre Dauerpflege
- Kurzzeitpflege vom _____ bis _____
- Warteliste
(Unverbindlicher Anruf bei einem freien Platz)

1. Nachname	Geburtsname	
2. Vorname <small>Rufnamen bitte unterstreichen</small>		
3. Anschrift <small>gemeldete Postleitzahl, Ort u. Ortsteil Hauptwohnung</small>	Telefon	
4. Derzeitiger Aufenthalt bei <small>Name</small>	Telefon	
	<small>Anschrift</small>	
5. Geburtstag		
6. Geburtsort <small>(mit Ortsteil, ggf. Land/Staat)</small>		
7. Familienstand <small>falls geschieden oder verwitwet, seit wann ?</small>		
8. Konfession <small>evtl. Kirchengemeinde</small>		
9. Staatsangehörigkeit		
10. Anzahl der Kinder		davon bereits verstorben
11. 1. Ansprechpartner/ Angehörige/r / <small>Verhältnis zum Antragsteller</small>	<small>Name</small>	
	<small>Anschrift</small>	
	<small>Telefon</small>	<small>E-Mail</small>
12. 2. Ansprechpartner/ Angehörige/r <small>Verhältnis zum Antragsteller</small>	<small>Name</small>	
	<small>Anschrift</small>	
	<small>Telefon</small>	<small>E-Mail</small>
12. Betreuer: <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> vom Amtsgericht eingesetzt <small>Bitte Kopie der Bestellsurkunde oder Vollmacht beifügen</small>	<small>Name</small>	
	<small>Anschrift</small>	
	<small>Telefon</small>	<small>E-Mail</small>
13. Hausarzt	<small>Name</small>	
	<small>Anschrift</small>	<small>Telefon</small>

14. Krankenkasse	Name	
	Versicherungsnummer	
15. Kostenträger	Die Kosten werden aufgebracht durch:	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> monatl. Einkommen	<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen
<input type="checkbox"/> Sozialamt	die Kostenübernahmeerklärung des zuständigen Sozialamtes	
	in _____	
	<input type="checkbox"/> ist beigefügt	
	<input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____	
	<input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden	
Pflegeversicherung festgestellter Pflegegrad:	Die Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad	<input type="checkbox"/> ist beigefügt	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____	
<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden	
<input type="checkbox"/> eingeschränkte Alltagskomp.	<input type="checkbox"/> aktueller Pflegegrad-Bescheid ist beigefügt	
16. Folgende Hilfsmittel werden mitgebracht:	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
17. Allergien (bei Gluten- und/oder Laktoseintolleranz bitte mit ärztl. Attest)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
18. Besteht eine Demenzerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei ja muss eine fachärztliche Diagnose beigelegt werden!	Weglaufgefährdet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19. Bestehen offene Wunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
20. Bestand oder besteht ein multiresistenter Keim?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
21. Sind unterbringungsähnliche Maßnahmen notwendig?	<input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Stecktisch am Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Rollstuhl	

Nur für stationäre Dauerpflege:

22. Gewünschte Unterbringung bei Dauerpflege	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
23. Hinweise, Bemerkungen	Corona Impfung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> genesen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Betreuers