

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

- vorsorgliche Liste (**kein Anruf** bei einem freien Platz)

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

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	_____ _____	

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Betreuers