

- ☐ 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		
☐ Bevollmächtigte/r		
☐ vom Amtsgericht eingesetzt Bitte Kopie der Bestellsurkunde oder Vollmacht beifügen Anschrift	Telefon	E-Mail
13. Hausarzt Name		
Anschrift	Telefon	

14. Krankenkasse	Name	
	Versicherungsnummer	
15. Kostenträger ☐ Selbstzahler	Die Kosten werden aufgebracht durch: ☐ monatl. Einkommen ☐ Zuzahlung aus Barvermögen	
☐ Sozialamt	die Kostenübernahmeerklärung des zuständigen Sozialamtes in _____ ☐ ist beigefügt ☐ wurde beantragt am _____ ☐ muss noch beantragt werden	
Pflegeversicherung festgestellter Pflegegrad: ☐ kein Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ eingeschränkte Alltagskomp.	Die Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse ☐ ist beigefügt ☐ wurde beantragt am _____ ☐ muss noch beantragt werden ☐ aktueller Pflegegrad-Bescheid ist beigefügt	
16. Folgende Hilfsmittel werden mitgebracht:	☐ Rollator ☐ ☐ Rollstuhl	
17. Allergien (bei Gluten- und/oder Laktoseintolleranz bitte mit ärztl. Attest)	☐ nein	☐ ja, welche
18. Besteht eine Demenzerkrankung?	☐ ja ☐ nein Bei „ja“ ist ein Befundsbericht von einem Neurologen oder Psychiater zur Bestätigung der Diagnose Demenz beizufügen.	weglaufgefährdet? ☐ ja ☐ nein
19. Bestehen offene Wunden? (nur bei Kurzzeitpflege ankreuzen.)	☐ ja ☐ nein	
20. Bestand oder besteht ein multiresistenter Keim?	☐ ja ☐ nein	
21. Sind unterbringungsähnliche Maßnahmen notwendig?	☐ Bettgitter ☐ Stecktisch am Rollstuhl ☐ Bauchgurt im Rollstuhl	
Nur für stationäre Dauerpflege:		
22. Gewünschte Unterbringung bei Dauerpflege	☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer	
23. Hinweise, Bemerkungen		

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Betreuers