

- vollstationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege vom _____ bis _____
- Warteliste schnellstmöglich bzw. in ca. _____ Wochen
(Unverbindlicher Anruf bei einem freien Platz)
- Vormerkliste
(vorsorglich, kein Anruf bei einem freien Platz)

1. Zuname	Geburtsname	
2. Vorname <small>Rufnamen bitte unterstreichen</small>		
3. Anschrift <small>gemeldete Hauptwohnung Postleitzahl, Ort u. Ortsteil</small>	Telefon	
4. Derzeitiger Aufenthalt bei <small>Name</small>		
<small>Anschrift</small>	Telefon	
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>Name</small>		
<small>Anschrift</small>		
<small>Verhältnis zum Antragsteller</small>	Telefon	E-Mail
2. Ansprechpartner/ Angehörige/r <small>Name</small>		
<small>Anschrift</small>		
<small>Verhältnis zum Antragsteller</small>	Telefon	E-Mail
12. Betreuer: <small>Name</small>		
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r		
<input type="checkbox"/> vom Amtsgericht eingesetzt	Telefon	E-Mail
<small>Bitte Kopie der Bestellungsurkunde oder Vollmacht beifügen</small> <small>Anschrift</small>		

13. Hausarzt	Name		
	Anschrift	Telefon	
15. Krankenkasse	Name		
	Anschrift		
16. 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		
17. Folgende Hilfsmittel werden mitgebracht:	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl		
18. Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
19. Besteht eine Demenzerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Weglaufgefährdet?	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
20. Bestehen offene Wunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
21. Bestand oder besteht ein multiresistenter Keim?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Nur für stationäre Dauerpflege:

22. Gewünschte Unterbringung bei Dauerpflege	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
	<input type="checkbox"/> Zimmer für Ehepaare	
23. Hinweise, Bemerkungen		

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort/Datum _____

Unterschrift des Antragstellers/Betreuers _____