

Datum: _____ **Gewünschter Versorgungsbeginn:** _____

Liegt aktuell eine Infektionserkrankung vor? nein ja _____

Ist aktuell Quarantäne angeordnet? nein ja _____

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____ Geb.-Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend

Konfession: keine evangelisch katholisch andere: _____

Krankenkasse: _____ **Vers.-Nr.:** _____

Pflegegrad: genehmigt 1 2 3 4 5 beantragt Höherstufe beantragt

Derzeitiger Aufenthalt: zu Hause bei Angehörigen Krankenhaus Kurzzeitpflege

Dringlichkeit hoch mittel gering vorsorglich

Anmerkungen: _____

Angehörige/Ansprechpartner

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Erreichbarkeit: _____

Betreuer/Vorsorgeberechtigter nein ja durch Vollmacht gerichtlich bestellt

Wenn ja:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Hausarzt

Name: _____

Anschrift/Telefon: _____

Übernimmt der bisherige Hausarzt die Weiterbehandlung im Heim? ja nein

Bei „nein“: Welcher Arzt soll die Behandlung übernehmen?

Name: _____

Telefon: _____

Keim vorhanden: nein ja _____

Allergien/Unverträglichkeiten: nein ja _____

Kooperationsfähig: ja nein eingeschränkt

Hilfsmittelbedarf: nein ja _____

Suchterkrankungen: nein ja
 Alkohol/Art, Menge: _____
 Sonstige: _____

Diagnosen: _____

Gewünschte stationäre Unterbringung: Doppelzimmer Einzelzimmer
 wenn möglich unbedingt

Gewünschte Fußpflege: Frau Wahl Frau Jäger sonstige: _____

Gewünschtes Bestattungsunternehmen: _____

Finanzierung gesichert durch: Rente Eigenkapital/Angehörige Sozialamt*

*Die Kostenverpflichtungserklärung des Sozialamtes liegt bei ist beantragt

Sollte noch keine Genehmigung der laufenden Anträge vorliegen, werde ich zur Finanzierung des Heimplatzes in Vorkasse treten.

Sonstiges: _____

Die Datenschutzinformation zur Stationären Pflege habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Haus- und Zimmerbesichtigung:

- Infomappe übergeben**
- Informationen zum Einzug
 - Ärztlicher Fragebogen
 - Auftrag Geldmittelverwaltung
 - Auftrag Telefon und Wäschekennzeichnung
 - Formular Apotheke
 - Leben im Heim
 - Biografie-Bogen

Aufnahmegespräch durchgeführt:

Name Mitarbeiter

Unterschrift Mitarbeiter

**Ablage
Bewohnerakte Verwaltung**