



Anfrageformular - Interessent

Geschlecht: weiblich männlich divers **Größe, Gewicht:** _____

Name: _____ **Vorname:** _____

geb.am: _____ **Geburtsort:** _____

abweichender Geburtsname: _____ **Nationalität:** _____

Straße, Hausnummer: _____ **PLZ, Ort:** _____

Familienstand: ledig verheiratet (eingetragene) Lebenspartnerschaft geschieden
 verwitwet getrennt lebend

Konfession: keine Konfession römisch-katholisch evangelisch islamisch orthodox
 buddhistisch hinduistisch jüdisch keine Angabe

Pflegegrad: keiner 1 2 3 4 5

Pflegegrad seit: _____

Höherstufungsantrag wurde gestellt: ja nein wenn ja, wann: _____

Welche Art der Betreuung wird gewünscht?

Langzeitpflege Kurzzeit-/Verhinderungspflege Kurzzeitpflege mit anschließender Langzeitpflege

Wurde in diesem Jahr bereits Kurzzeit-/Verhinderungspflege genutzt? ja nein

Wann soll die Betreuung stattfinden? von: _____ bis: _____

Gewünscht ist ein: Doppelzimmer Einzelzimmer egal ausschließlich ein Einzelzimmer

Ist der aktuelle Aufenthaltsort (z. B. Krankenhaus/Reha/Pflegeheim) abweichend von der Wohnadresse?

ja nein Wenn ja, wo: _____

Gibt es eine gesetzliche Betreuung und/oder Vorsorgevollmacht?

gesetzliche Betreuung Vorsorgevollmacht Nein Weiß nicht

Gibt es eine Patientenverfügung? ja nein Weiß nicht

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

Besteht Anspruch auf Beihilfe? ja nein

Wenn ja, wie viel Prozent und wo: _____

Besteht eine Rezeptgebührenbefreiung? ja nein

Gibt es einen Schwerbehindertenausweis? ja nein

Wenn ja, Behinderungsgrad und Merkzeichen: _____

Gibt es besondere Anforderungen für die Betreuung: keine besonderen Anforderungen

<input type="checkbox"/> Geschützter Bereich	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> Port
<input type="checkbox"/> Aggressive Tendenzen	<input type="checkbox"/> Tracheostoma
<input type="checkbox"/> Langzeitbeatmungspflichtig	<input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung
<input type="checkbox"/> Suchterkrankung bekannt (z. B. Alkohol, Drogen)	<input type="checkbox"/> Fixierungsbeschluss vorhanden
<input type="checkbox"/> Infektiöse (ansteckende) Erkrankungen (z. B. MRSA, Tuberkulose, Hepatitis, Aids etc.)	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Kontaktpersonen: 1. Hauptansprechpartner:

Name, Vorname: _____ Verhältnis: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Vollmachten: _____

2. Name, Vorname: _____ Verhältnis: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Vollmachten: _____

3. Name, Vorname: _____ Verhältnis: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Vollmachten: _____

Hausarzt: _____

Finanzierung: Wer trägt die Mehrkosten, die über den Anteil der Pflegekasse hinausgehen?

- Selbstzahler / Finanzierung durch Eigenmittel
- Kostenübernahme durch den Bezirk/das Sozialamt beantragt oder geplant
- Unsicher, Beratung gewünscht

Rechnungsempfänger: Bewohner selbst 1. Hauptkontakt 2. Kontakt 3. Kontakt

Sonstiger: _____

Datenschutzhinweis

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, werden zum Zweck der Durchführung des Aufnahmeverfahrens sowie der Pflege und Betreuung verarbeitet. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen, die Ihnen ausgehändigt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift