



Datum der Anfrage: _____ **Hz:** _____

Anfrage/r: _____

Anfrage nach: stationärer Pflege ab _____
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Sonstiges: _____

Wohnwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer Doppelzimmer mit Schmetterlingsbad

Nachfrage nach weiteren Angeboten: Tagesbetreuung Betreutes Wohnen Sonstiges: _____

Weitervermittlung an: _____

Anfrage für:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Pflegegrad: _____ beantragt seit _____ wird beantragt

Rezeptgebühren befreit ja nein Bezug von § 87b SGB XI Leistungen ja nein

AnsprechpartnerIn

Name: _____ Vorname: _____

Verwandschaftsgrad/BetreuerIn: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Verständigungen bei Erkrankungen/sonstigen Besonderheiten

Pflegerelevante Diagnosen:

Sonstiges:

Folgendes Ausschlusskriterium (Beatmungspflichtige Personen, Personen in der Behandlungs- und Rehabilitationsphase F, Menschen, die eine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung mit richterlichen Beschluss benötigen, BewohnerInnen im Alter unter 65 nur mit Zustimmung der Heimaufsicht) liegt vor: _____

