



K 2.1 A01 Anfrage / Voranmeldung

Anfrage nach: stationärer Pflege ab _____
 Kurzzeitpflege ab _____ bis _____
 Verhinderungspflege ab _____ bis _____
 Betreutes Wohnen ab _____

Einrichtung Seniorenzentrum Laubach
 Seniorenzentrum Hungen
 Seniorenzentrum Lich

Herkunft Aus Krankenhaus
 Privat
 Sonstiges _____

Antrag für

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ PLZ / Wohnort _____

Geburtsname _____ Konfession _____ Nationalität _____

Familienstand _____ Telefon/Mobiltelefon _____

Kranken- und Pflegekasse & Versicherungsnummer: _____

Behandelnder Arzt _____

Pflegegrad _____ kein Pflegegrad beantragt seit _____ wird beantragt

Betreuungsgeld nach 45b SGB XI ja nein Rezeptgebühren befreit ja nein

Schwerbehindertenausweis vorhanden ja, ___% nein

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Bestattungsvorsorgevertrag ja, bei _____ nein

Angehörige / Bezugspersonen

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ / Wohnort _____

Telefon / Mobiltelefon _____



E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Vorsorgevollmacht / gesetzl. Betreuung ja nein

Angehörige / Bezugspersonen

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ / Wohnort _____

Telefon / Mobiltelefon _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

Vorsorgevollmacht / gesetzl. Betreuung ja nein

Finanzierung

Selbstzahler ja nein

Bankverbindung, ggf. abweichender Kontoinhaber

Beihilfeberechtigt ja nein

Wer kommt für die durch das Einkommen nicht gedeckten Kosten auf?

Name _____

Ein Sozialhilfeantrag wurde gestellt nein ja, beim Sozialamt _____

Pflegerelevante Diagnosen

Vorliegende ansteckende Erkrankungen z.B. Multiresistente Erreger benennen

Benötigte Hilfsmittel (z.B. Rollator, Lifter)

Hinlauftendenz

ja nein



Orientierung

Zur Person			Zur Zeit			Zum Ort			Bemerkung
Voll	Teils	Nicht	Voll	Teils	Nicht	Voll	Teils	Nicht	

Pflegebedarf

	Selbstständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbstständig (Unterstützung wird benötigt)	Unselbstständig (keine eigene Beteiligung)	Bemerkung
Mobilität				
Toilettengang				
Körperpflege				
Fußpflege				
An- bzw. Auskleiden				
Essen / Besonderheiten zur Ernährung / Nahrungsaufnahme				
Medikamente richten				

Inkontinenz

Urin: keine selten oft

Stuhl: keine selten oft

Hinweis:

Beatmungspflichtige Personen, Personen in der Behandlungs- und Rehabilitationsphase F, Menschen, die eine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung mit richterlichen Beschluss benötigen, können nicht aufgenommen werden. Bei BewohnerInnen im Alter unter 65 ist im Bereich der Kurzzeit-, Verhinderungs- und Dauerpflege die Zustimmung der Betreuungs- und Pflegeaufsicht erforderlich.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass dieser Antrag für beide Seiten unverbindlich ist. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt, werden vertraulich behandelt und keinesfalls an Dritte weitergegeben. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Einrichtung für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Datum, Unterschrift Antragssteller