



Kurzzeitpflege

Dauerpflege

Wir bitten darum, dieses Formular (wenn möglich) zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen abzugeben.

### Gerne sind wir beim Ausfüllen dieses Fragebogens behilflich.

Wenn Sie das Formular am PC ausfüllen, markieren Sie jeweils den Pfeil und geben dann den Text ein bzw. treffen eine Auswahl.

Vor- und Nachname:



Geburtsdatum:



Straße, PLZ, Ort:



Geburtsname:



Familienstand:



Telefon:



Geburtsort:



Konfession:



Nationalität:



Hausarzt:



Telefon: ▶



Facharzt:



Telefon: ▶



Derzeitiger Aufenthalt:

eigener Haushalt

Adresse wie oben angegeben

bei Verwandten

Haus: ▶

Krankenhaus

Adresse: ▶

anderes Heim

Telefon: ▶

Krankenkasse / Beihilfestelle: ▶

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor?

Einstufung beantragt am: ▶

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Höherstufung beantragt am: ▶

Wurde ein dauerhaft erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI festgestellt?

ja

nein

beantragt

**Angehörige / Bevollmächtigte Person / Rechtlicher Betreuer:**

Vor- und Zuname ▶

Telefon (p) ▶

Straße ▶

Telefon (d) ▶

PLZ, Ort ▶

Handy ▶

E-Mail ▶

Verwandtschaftsverhältnis / Bezug: ▶

Person verfügt über  Vollmacht  Patientenverfügung rechtliche Betreuung (bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen)

Vor- und Zuname ▶

Telefon (p) ▶

Straße ▶

Telefon (d) ▶

PLZ, Ort ▶

Handy ▶

E-Mail ▶

Verwandtschaftsverhältnis / Bezug: ▶

Person verfügt über  Vollmacht  Patientenverfügung rechtliche Betreuung (bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen)Finanzierung  eigenes Einkommen / Vermögen  SozialhilfeDie Anmeldung ist  vorsorglich  dringend

Angestrebtes Aufnahmedatum: ▶

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

▶

▶

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder rechtl. Vertreter