

## Antrag zur ambulanten und teilstationären Versorgung

Ambulanter Dienst

Tagespflege Pauline-Maier-Haus

Tagespflege Richard-Böttger-Heim

Gewünschtes Aufnahmedatum: .....

Persönliche Daten				
Familienname:				
Vorname:				
Geburtsname:				
Geburtsdatum:				
Geburtsort:				
Letzter gemeldeter Wohnsitz:				
Staatsangehörigkeit:				
Telefon:				
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
Konfession:				

<b>Pflegegrad:</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad
<b>seit:</b>				<b>beantragt am:</b>		
Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

### Angaben zum COVID-19-Immunisierungsstatus

Wurde eine Impfung gegen COVID-19 bereits durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lag innerhalb der vergangenen 14 Tagen eine COVID-19-Erkrankung vor?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\*weitere Angaben zu COVID-19 werden im pflegerischen und ärztlichen Anamnesebogen erfasst

Angehörige			
Name:		Name:	
Vorname:		Vorname:	
Straße, Nr.		Straße, Nr.	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Telefon:		Telefon:	
Mobil:		Mobil:	
Mail:		Mail:	

Vorsorgevollmacht und Betreuung		
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Betreuer*in/bevollmächtigte Person (Nachweis bitte in der Verwaltung abgeben)			
Person 1		Person 2	
Name:		Name:	
Vorname:		Vorname:	
Straße, Nr.		Straße, Nr.	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Telefon:		Telefon:	
Mobil:		Mobil:	
Mail:		Mail:	

Die jeweilige Betreuung/Vollmacht erstreckt sich auf:			
Person 1		Person 2	
<input type="checkbox"/>	alle Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	alle Angelegenheiten
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Angaben zum Kostenträger		
Selbstzahler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rechnungsempfänger:	..... .....	

Inanspruchnahme von Sozialhilfe		
beantragt:	<input type="checkbox"/> ja am:	<input type="checkbox"/> nein
genehmigt:	<input type="checkbox"/> ja am:	<input type="checkbox"/> nein
zuständiges Sozialamt:		

Angaben zum Versichertenstatus	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung
Krankenkasse:	
Ort:	
Versichertennummer:	
Beihilfe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Zuzahlungsbefreiung				
Arznei- und Verbandmittel:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	bis:	
Heilmittel:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	bis:	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	bis:	
Krankenhausbehandlung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	bis:	
Fahrtkosten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	bis:	

**Gesundheitsfragen**

<b>Impfpass</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Allergiepass</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------	---	---------------------	---

<b>Schwerbehindertenausweis:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------------------------------	---

<b>Patientenverfügung:</b>	<input type="checkbox"/> ja (bitte in der Verwaltung abgeben) <input type="checkbox"/> nein
----------------------------	---

<b>Hausarztpraxis</b>	
-----------------------	--

Name, Vorname:	
----------------	--

Straße:	
---------	--

PLZ, Ort:	
-----------	--

Telefon:	
----------	--

Fax:	
------	--

Hausbesuch:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------	-----------------------------	-------------------------------

Hausarztprogramm?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

<b>Facharztpraxis</b>	
-----------------------	--

Fachrichtung:	
---------------	--

Name, Vorname:	
----------------	--

Straße:	
---------	--

PLZ, Ort:	
-----------	--

Telefon:	
----------	--

Fax:	
------	--

<b>Facharztpraxis</b>	
-----------------------	--

Fachrichtung:	
---------------	--

Name, Vorname:	
----------------	--

Straße:	
---------	--

PLZ, Ort:	
-----------	--

Telefon:	
----------	--

Fax:	
------	--

Zahnarztpraxis	
Name, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Fax:	
jährliche Vorsorge gewünscht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?					
<b>Zahnprothese(n)</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Brille</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Hörgeräte</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Gehstock</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstige:</b>					

<b>Rollator:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Rollstuhl:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Angaben zur Bestattungsvorsorge**

Wurde bereits ein Bestattungsinstitut ausgewählt?  ja  nein

Ist dieses bereits beauftragt?  ja  nein

**Kontaktdaten des Bestattungsinstituts**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

**Sonstige Angaben (Ambulanter Bereich)**

Haben Sie Haustiere?       ja     nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....  
.....

**Anmerkungen, Wünsche:** .....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des/der Anmeldenden