

## Antrag auf Aufnahme im

☐ Seniorenzentrum Richard Böttger

☐ Seniorenzentrum Pauline Maier

☐ Seniorenzentrum Ida Scipio

☐ Seniorenzentrum Waldhof

☐ **Vollstationär**

☐ **Kurzzeitpflege** § 42 SGB XI

☐ **Verhinderungspflege** § 39 SGB XI

☐ **Kurzzeitpflege** § 39c SGB V

**Ist die häusliche Versorgung gewährleistet?**

☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie nach der Kurzzeitpflege eine Versorgung durch unsere Ambulante Pflege?

☐ ja ☐ nein

Gewünschtes Einzugsdatum: .....

**Familienname:** .....

Vorname: .....

Geburtsname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Letzter gemeldeter Wohnsitz: .....

Staatsangehörigkeit: .....

Telefon: .....

Familienstand: ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ ledig

Konfession: .....

**Pflegegrad:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ kein Pflegegrad

**seit:** ..... **beantragt am:** .....

**Höherstufung beantragt:** ☐ ja ☐ nein

**Ansprechpartner\*innen****Angehörige**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

**Vorsorgevollmacht und Betreuung (Nachweis in der Verwaltung abgeben)**

Vorsorgevollmacht

☐ ja☐ nein

Betreuung

☐ ja☐ nein**Betreuer\*in/bevollmächtigte Person****Person 1**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

**Person 2**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

**Die jeweilige Betreuung/Vollmacht erstreckt sich auf:**☐ alle Angelegenheiten☐ .....

.....

☐ alle Angelegenheiten☐ .....

.....

**Angaben zum Kostenträger**

**Selbstzahler** ☐ ja ☐ nein

**Rechnungsempfänger:** .....  
.....

---

**„Hilfe zur Pflege“ gemäß § 61 SGB XII – Inanspruchnahme von Sozialhilfe  
(falls vorhanden: bitte Nachweis vorlegen)**

beantragt: ☐ ja am: ..... ☐ nein

genehmigt: ☐ ja am: ..... ☐ nein

zuständiges Sozialamt: .....

---

**Angaben zum Versichertenstatus**

☐ Gesetzliche Krankenversicherung ☐ Private Krankenversicherung

Krankenkasse: .....

Ort: .....

Versichertennummer: .....

**Angaben zur Zuzahlungsbefreiung (Kopie bitte in der Verwaltung abgeben)**

Arznei- und Verbandmittel: ☐ ja ☐ nein bis: .....

Heilmittel: ☐ ja ☐ nein bis: .....

Hilfsmittel: ☐ ja ☐ nein bis: .....

Krankenhausbehandlung: ☐ ja ☐ nein bis: .....

Fahrtkosten: ☐ ja ☐ nein bis: .....

**Gesundheitsfragen**

**Impfpass** ☐ ja ☐ nein **Allergiepass** ☐ ja ☐ nein

**Schrittmacherausweis** ☐ ja ☐ nein

**Schwerbehindertenausweis:** ☐ ja ☐ nein

**Patientenverfügung:** ☐ ja (bitte beim Case Management oder ☐ nein  
der Verwaltung abgeben

---

**Hausarztpraxis** .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

Hausarztprogramm? ☐ ja ☐ nein

Hausbesuch: ☐ ja ☐ nein

Hausarztwechsel erforderlich: ☐ ja ☐ nein

---

**Facharztpraxen**

Fachrichtung: ..... Fachrichtung: .....

Name, Vorname: ..... Name, Vorname: .....

Straße: ..... Straße: .....

PLZ, Ort: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Telefon: .....

Fax: ..... Fax: .....

**Zahnarztpraxis** .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

jährliche Vorsorge gewünscht: ☐ ja ☐ nein

---

**Welche Hilfsmittel sind vorhanden und werden mitgebracht?**

**Zahnprothese(n)** ☐ ja ☐ nein **Brille** ☐ ja ☐ nein

**Hörgeräte** ☐ ja ☐ nein **Gehstock** ☐ ja ☐ nein

**Sonstige:** .....

**Rollator:** ☐ ja ☐ nein

Eigentümer: .....

Seriennummer: .....

geliefert von: .....

**Rollstuhl:** ☐ ja ☐ nein

Eigentümer: .....

Seriennummer: .....

geliefert von: .....

**Angaben zur Bestattungsvorsorge (Kopie bitte in der Verwaltung abgeben)**

Wurde bereits ein Bestattungsinstitut ausgewählt? ☐ ja ☐ nein

Ist dieses bereits beauftragt? ☐ ja ☐ nein

**Kontakt Daten zum Bestattungsinstitut**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

---

**Sonstige Angaben**

Name an Zimmertür ☐ ja ☐ nein

Raucher (im Zimmer nicht gestattet) ☐ ja ☐ nein

Fußpflege\* gewünscht ☐ ja ☐ nein

Podologie\* ☐ ja ☐ nein

Eigene Fußpflege vorhanden/Hausbesuch ☐ ja ☐ nein

Friseur\* ☐ ja ☐ nein

Wäschekennzeichnung ☐ ja ☐ nein

Verwahrungskonto einrichten\*\* ☐ ja ☐ nein

Post dem/der Bewohner\*in selbst aushändigen? ☐ ja ☐ nein

Post im Dienstzimmer deponieren? ☐ ja ☐ nein

Post zusenden\* ☐ ja ☐ nein

**Anmerkungen, Wünsche:** .....

.....

.....

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des/der Anmeldenden

\* Leistungen sind kostenpflichtig und werden separat von dem/der Dienstleister\*in in Rechnung gestellt

\*\* Kosten gemäß Vertrag für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflegevertrag