

Antrag zur ambulanten und teilstationären Versorgung

Ambulante Pflege

Tagespflege Seniorenzentrum Pauline
Maier

Tagespflege Seniorenzentrum Richard
Böttger

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:				

Pflegegrad:	<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
seit:				beantragt am:		
Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

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

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

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

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

Hausarztpraxis

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

Facharztpraxis

Fachrichtung:		
Name, Vorname:		
Straße:		
PLZ, Ort:		
Telefon:		
Fax:		

Facharztpraxis

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

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