

## 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:				

<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		

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:		

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

<b>Welche Hilfsmittel sind vorhanden?</b>					
<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