

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, Nummer

Postleitzahl, Ort

Telefon:

Mobil:

Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Name:

Vorname:

Straße, Nummer

Postleitzahl, 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, Nummer

Postleitzahl, Ort

Telefon:

Mobil:

Mail:

Person 2

Name:

Vorname:

Straße, Nummer

Postleitzahl, 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:

.....

Postleitzahl, Ort:

.....

Telefon:

.....

Fax:

.....

Hausarztprogramm?

ja

nein

Hausbesuch:

ja

nein

Hausarztwechsel erforderlich:

ja

nein

Facharztpraxen

Fachrichtung:

.....

Fachrichtung:

.....

Name, Vorname:

.....

Name, Vorname:

.....

Straße:

.....

Straße:

.....

Postleitzahl, Ort:

.....

Postleitzahl, Ort:

.....

Telefon:

.....

Telefon:

.....

Fax:

.....

Fax:

.....

Zahnarztpraxis

Name, Vorname:

Straße:

Postleitzahl, 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

Kontaktaten zum Bestattungsinstitut

Name:

Anschrift:

Telefon:

Sonstige Angaben

Name an Zimmertür ja nein

Raucher (im Zimmer nicht gestattet) ja nein

Fußpflege* gewünscht ja nein

Podologie^{1*} ja nein

Eigene Fußpflege vorhanden/Hausbesuch ja nein

Friseur¹ ja nein

Wäschekennzeichnung ja nein

Verwahrgeldkonto einrichten² ja nein

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

Post im Dienstzimmer deponieren? ja nein

Post zusenden¹ ja nein

Anmerkungen, Wünsche:

.....

.....

.....

.....
Datum

.....
Unterschrift des/der Anmeldenden

¹ Leistungen sind kostenpflichtig und werden separat von dem/der Dienstleister*in in Rechnung gestellt

² Kosten gemäß Vertrag für vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflegevertrag