

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Gewünschter Versorgungsbeginn:** \_\_\_\_\_

**Liegt aktuell eine Infektionserkrankung vor?**  nein  ja \_\_\_\_\_

**Ist aktuell Quarantäne angeordnet?**  nein  ja \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_ Geb.-Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  getrennt lebend

Konfession:  keine  evangelisch  katholisch  andere: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

Pflegegrad: genehmigt  1  2  3  4  5 beantragt  Höherstufung beantragt

**Derzeitiger Aufenthalt:**  zu Hause  bei Angehörigen  Krankenhaus  Kurzzeitpflege

**Dringlichkeit**  hoch  mittel  gering  vorsorglich

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

### Angehörige/Ansprechpartner

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Betreuer/Vorsorgeberechtigter**  nein  ja  durch Vollmacht  gerichtlich bestellt

Wenn ja:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift/Telefon: \_\_\_\_\_

Übernimmt der bisherige Hausarzt die Weiterbehandlung im Heim?  ja  nein

Bei „nein“: Welcher Arzt soll die Behandlung übernehmen?

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Keim vorhanden:**  nein  ja \_\_\_\_\_

**Allergien/Unverträglichkeiten:**  nein  ja \_\_\_\_\_

---

**Kooperationsfähig:**  ja  nein  eingeschränkt

**Hilfsmittelbedarf:**  nein  ja \_\_\_\_\_

**Suchterkrankungen:**  nein  ja

Alkohol/Art, Menge: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

---

---

**Gewünschte stationäre Unterbringung:**  Doppelzimmer  Einzelzimmer  
 wenn möglich  unbedingt

**Finanzierung gesichert durch:**  Rente  Eigenkapital/Angehörige  Sozialamt\*

\*Die Kostenverpflichtungserklärung des Sozialamtes  liegt bei  ist beantragt

**Sollte noch keine Genehmigung der laufenden Anträge vorliegen, werde ich zur Finanzierung des Heimplatzes in Vorkasse treten.**

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

---

---

**Die Datenschutzinformation zur Stationären Pflege habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

**Haus- und Zimmerbesichtigung:**

- Infomappe übergeben**
- Informationen zum Einzug
  - Ärztlicher Fragebogen
  - Auftrag Geldmittelverwaltung
  - Auftrag Telefon und Wäschekennzeichnung
  - Formular Apotheke
  - Leben im Heim
  - Biografie-Bogen

**Aufnahmegespräch durchgeführt:**

\_\_\_\_\_  
**Name Mitarbeiter**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Mitarbeiter**

**Ablage  
Bewohnerakte Verwaltung**