

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Gewünschter Versorgungsbeginn:** \_\_\_\_\_**Dringlichkeit**     hoch     mittel     gering     vorsorglich**Persönliche Angaben****Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

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

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

Familienstand:     ledig     verheiratet     verwitwet     geschieden     getrennt lebendKonfession:     keine     evangelisch     katholisch     andere: \_\_\_\_\_**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_Pflegegrad:    genehmigt:  1  2  3  4  5     beantragt     Höherstufung beantragt**Derzeitiger Aufenthalt:**     zu Hause     Krankenhaus     Kurzzeitpflege     Geriatrie     Reha  
 andere Einrichtung:**Angehörige/ Betreuer/ Ansprechpartner:****Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Betreuer/Vorsorgeberechtigter**     nein     ja     durch Vollmacht     gerichtlich bestellt**Hausarzt** (für die Aufnahme ist ein Hausarzt erforderlich, der die medizinische Betreuung in unserer Einrichtung übernimmt)

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

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

Übernimmt der bisherige Hausarzt die Weiterbehandlung im Heim?     ja     nein**Bei „nein“: Welcher Arzt übernimmt die Behandlung?**

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

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

**Fachärzte:** \_\_\_\_\_**Ich wünsche eine zahnärztliche Kontrollbehandlung durch Dr. med. dent. Liebaug  
(halbjährlich in der Einrichtung):**     ja     nein

Ist eine jährliche Kontrolle durch einen Optiker gewünscht?

(Durchführung durch Optik Möckel; ggf. entstehen zusätzliche Kosten.):  ja  nein

Sind die empfohlenen Standard- bzw. jährlichen Schutzimpfungen gewünscht?  ja  nein

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

Gewünschte Fußpflege:  Frau Wahl  Frau Jäger  Frau Eck  sonstige: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Bestattungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Finanzierung gesichert durch:  Rente  Eigenkapital/Angehörige  Sozialhilfe\*

\*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