



Wenn Sie Interesse an einem Heimplatz in einer unserer Einrichtungen haben, können Sie hiermit einen unverbindlichen Antrag stellen – wir nehmen Sie gerne in unsere Warteliste auf.

Wir benötigen dazu von Ihnen folgende Angaben (sowie Teil 2 für die Pflege):

Antragsteller / Personalien		Herkunft (Wohnort)
Name/Geburtsname	Geburtsdatum und -ort	Von wo kommen Sie? <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Reha <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung (anderes Heim, Kurzzeit/Verhinderung) Seit wann sind Sie dort?
Vorname	Familienstand	Konfession/Religion
Adresse: PLZ/Ort/Straße		Nationalität/Staat
Telefon/Mobil	E-Mail	
<input type="checkbox"/> Wurden Sie bereits irgendwann einmal vollstationär gepflegt?		<input type="checkbox"/> Wurden in diesem Jahr bereits Leistungen der Pflegekasse für Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

Ihre Anfrage – wofür interessieren Sie sich			Einrichtung (Zimmer)
<input type="checkbox"/> stationäre Pflege	ab		<input type="checkbox"/> Seniorenzentrum Laubach <input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von	bis	
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	von	bis	<input type="checkbox"/> Seniorenzentrum Hungen
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen Lich	ab	(nur in Lich)	<input type="checkbox"/> Seniorenzentrum Lich

Angehörige/Kontaktpersonen und Vollmacht	
Name, Vorname, (Verwandschafts-) Verhältnis	Name, Vorname, (Verwandschafts-) Verhältnis
Adresse	Adresse
Telefon/Mobil & E-Mail	Telefon/Mobil & E-Mail
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht / gesetzl. Betreuung durch:	

Finanzierung		
Selbstzahler <input type="checkbox"/> Antragsteller (zukünftiger Bewohner)	Wer kommt für nicht gedeckte Kosten auf	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag	gestellt am	bei Sozialamt in
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt		

Diese Daten werden vertraulich behandelt. Ich stimme der Datenverarbeitung durch das Oberhessische Diakoniezentrum zu.	
Datum der Anfrage/Voranmeldung	Unterschrift



Anfrage – Voranmeldung Teil 2  
Informationen für die Pflege

Für die Vorbereitung Ihres Einzugs benötigen wir für die Pflege von Ihnen folgende Angaben:

Antragsteller			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Größe in m	Gewicht in kg

Krankenkasse / Pflegekasse etc.			
Name, Ort		Versicherungsnummer	Bestattungsvorsorge (-vertrag), Wunsch
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad	beantragt am	<input type="checkbox"/> wird beantragt
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis: %	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Rezeptgebühren-Befreiung	

Hausarzt/behandelnder Arzt	
Name, Adresse	Telefon

Pflegerelevante Diagnosen	ansteckende Krankheiten (z. B. welche Erreger)

Orientiertheit (geistige Verfassung)											
Personen erkennen können			Datum und Zeit wissen			wissen wo man ist (welcher Ort)			Hin-/Weglauftendenz		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Verhaltensauffälligkeiten											

Selbständigkeit (körperliche Verfassung)					<i>selbst</i> (selbständig ohne Hilfe), <i>teils, keine</i> (ohne eigene Beteiligung)	
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine	Bemerkung		
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -Gerät <input type="checkbox"/> andere:					
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine			
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft		
An- / Ausziehen	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine			
Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine			
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> PEG		

Besonderheiten der aktuellen Wohn- und Pflegesituation (wenn relevant für den Heimplatz)

Diese Daten werden vertraulich behandelt. Ich stimme der Datenverarbeitung durch das Oberhessische Diakoniezentrum zu.	
Datum der Anfrage/Voranmeldung	Unterschrift