



K 2.1 A01 Anfrage / Voranmeldung

**Anfrage nach:**  stationärer Pflege ab \_\_\_\_\_  
 Kurzzeitpflege ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Verhinderungspflege ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Betreutes Wohnen ab \_\_\_\_\_

**Einrichtung**  Seniorenzentrum Laubach  
 Seniorenzentrum Hungen  
 Seniorenzentrum Lich

**Herkunft**  Aus Krankenhaus  
 Privat  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Antrag für**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Telefon/Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Kranken- und Pflegekasse & Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_  kein Pflegegrad  beantragt seit \_\_\_\_\_  wird beantragt

Betreuungsgeld nach 45b SGB XI  ja  nein Rezeptgebühren befreit  ja  nein

Schwerbehindertenausweis vorhanden  ja, \_\_\_%  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja  nein

Bestattungsvorsorgevertrag  ja, bei \_\_\_\_\_  nein

**Angehörige / Bezugspersonen**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon / Mobiltelefon \_\_\_\_\_



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

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht / gesetzl. Betreuung  ja  nein

**Angehörige / Bezugspersonen**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon / Mobiltelefon \_\_\_\_\_

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

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht / gesetzl. Betreuung  ja  nein

**Finanzierung**

Selbstzahler  ja  nein

Bankverbindung, ggf. abweichender Kontoinhaber  
\_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  ja  nein

Wer kommt für die durch das Einkommen nicht gedeckte Kosten auf?

Name \_\_\_\_\_

Ein Sozialhilfeantrag wurde gestellt  nein  ja, beim Sozialamt \_\_\_\_\_

**Pflegerelevante Diagnosen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vorliegende ansteckende Erkrankungen z.B. Multiresistente Erreger benennen**

\_\_\_\_\_

**Benötigte Hilfsmittel (z.B Rollator, Lifter)**

\_\_\_\_\_

**Hinlauftendenz**

ja  nein



**Orientierung**

Zur Person			Zur Zeit			Zum Ort			Bemerkung
Voll	Teils	Nicht	Voll	Teils	Nicht	Voll	Teils	Nicht	

**Pflegebedarf**

	Selbstständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbstständig (Unterstützung wird benötigt)	Unselbstständig (keine eigene Beteiligung)	Bemerkung
Mobilität				
Toilettengang				
Körperpflege				
Fußpflege				
An- bzw. Auskleiden				
Essen / Besonderheiten zur Ernährung / Nahrungsaufnahme				
Medikamente richten				

**Inkontinenz**

Urin:  keine  selten  oft  
 Stuhl:  keine  selten  oft

**Hinweis:**

*Beatmungspflichtige Personen, Personen in der Behandlungs- und Rehabilitationsphase F, Menschen, die eine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung mit richterlichen Beschluss benötigen, können nicht aufgenommen werden. Bei BewohnerInnen im Alter unter 65 ist im Bereich der Kurzzeit-, Verhinderungs- und Dauerpflege die Zustimmung der Betreuungs- und Pflegeaufsicht erforderlich.*

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass dieser Antrag für beide Seiten unverbindlich ist. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt, werden vertraulich behandelt und keinesfalls an Dritte weitergegeben. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Einrichtung für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragssteller