|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Vollstationäre Pflege
* Kurzzeitpflege
 | vom:bis: | *Einrichtung* |

**anmeldende Person**

|  |  |
| --- | --- |
| *Name, Vorname* | *Adresse* |
| *Telefon* |

**aktueller Aufenthalt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Zu Hause
 | * Krankenhaus
 | * Reha-Einrichtung
 | * Pflegeheim
 | * Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**Stammdaten der aufzunehmenden Person**

|  |  |
| --- | --- |
| *Name, Vorname* | *bisherige Adresse* |
| *Staatsangehörigkeit* |
| *Geburtsdatum* | *Geburtsort* |
| *Beruf* | Geschlecht: ❑ m ❑ w ❑ d |
| *Konfession* | Familienstand: | * led.
 | * verh.
 | * verw.
 | * gesch.
 |

**An-/Zugehörige**

|  |  |
| --- | --- |
| *Name (Hauptbezug)* | *wie verwandt?* |
| *Straße, Hausnummer* | *PLZ/Ort* |
| *Telefon privat* | *Telefon dienstlich* |
| *Telefon mobil* | *E-Mail* |

|  |  |
| --- | --- |
| *Name* | *wie verwandt?* |
| *Straße, Hausnummer* | *PLZ/Ort* |
| *Telefon privat* | *Telefon dienstlich* |
| *Telefon mobil* | *E-Mail* |

**Rechnungsempfänger\*in**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Name, Vorname* | * Betreuer\*in vom Amtsgericht bestellt
 | * Bevollmächtigte/r (Vollmacht)
 |
| *Name (Hauptbezug)* | Wirkungskreis/Aufgabenbereich: |  |
| *Straße, Hausnummer* | * Alle Angelegenheiten
* Gesundheit
* Aufenthalt
* Vermögen
 | * Rente
* Sozialhilfe
* Wohnung
 |
| *PLZ, Ort* |
| *E-Mail* |
| *Telefon mobil* | *Telefon dienstlich* |

**Medizinische Versorgung**

|  |  |
| --- | --- |
| *Name Hausarzt* | *Name Fachrichtung Facharzt* |
| *Straße, Hausnummer* | *Straße, Hausnummer* |
| *PLZ, Ort* | *PLZ, Ort* |
| *Telefon* | *Telefon* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Kranken-/Pflegekasse* | Pflegegrad: | * 1
 | * 2
 | * 3
 | * 4
 | * 5
 |
| *Versicherungsnummer:* | * vorläufig
 | * kein Pflegegrad
 |
| *Straße, Hausnummer* | Erst-Antrag gestellt am: |
| *PLZ, Ort* | Höherstufung beantragt am: |

**Kostenträger**

|  |  |
| --- | --- |
| Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?  | * Ja
* nein
 |
| Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig: |  |

**Medizinisch-pflegerische Besonderheiten**

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Wenn ja, welche* |
| Infektionskrankheiten | * ja
 | * nein
 |  |
| psychische Erkrankungen | * ja
 | * nein
 |  |
| Zugänge, Port, Stoma | * ja
 | * nein
 |  |
| erhöhter Bewegungsdrang | * ja
 | * nein
 |  |
| Demenz | * ja
 | * nein
 |  |

**Sonstiges/Hinweise/Ergänzungen**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Ort, Datum* | *Unterschrift aufzunehmende Person bzw. Stellvertretung* |