|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 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* |