

Anmeldung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> dringliche Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaften | <input type="checkbox"/> vorsorgliche Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege | |
| <input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst | |

Persönliche Daten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsname
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort	Religionszugehörigkeit
_____	_____	_____
Postleitzahl	Wohnort	Strasse, Hausnummer
_____	_____	_____
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Datum und Ort der Eheschließung

Kontakte (Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen)

a) _____

_____	_____	_____
Name	Vorname	wie verwandt
_____	_____	_____
PLZ / Ort	Straße / Nr.	Telefon privat / mobil
_____	_____	
E-Mail	Sonstiges	

b) _____

_____	_____	_____
Name	Vorname	wie verwandt
_____	_____	_____
PLZ / Ort	Straße / Nr.	Telefon privat / mobil
_____	_____	
E-Mail	Sonstiges	

Betreuung / Vollmacht

- ja (Kopie) ist beantragt ja Patientenverfügung ja (Kopie)

_____	_____	_____
Name, Vorname	Straße / Nr.	PLZ / Ort
_____	_____	_____
Telefon privat / mobil	E-Mail	Sonstiges

Kostenträger (Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt)

_____	_____	_____
Name	Strasse / Nr.	PLZ / Ort
_____	_____	_____
Tel. / Fax	E-Mail	Ansprechpartner

- | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kostenbefreiung | <input type="checkbox"/> ja (Kopie) | <input type="checkbox"/> nein | Selbstzahler | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> ja (Kopie) | <input type="checkbox"/> nein | Hilfe zur Pflege
(Sozialamt) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hausarzt

Name, Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

Faxnummer

Mail

Anamnese

Liegt eine Diagnose Demenz vor? nein ja die Diagnose wurde mit mir besprochen

Angaben zum Verhalten / Verhaltensauffälligkeiten

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung | <input type="checkbox"/> Gefährdung anderer | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> introvertiert | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> tags unruhig | <input type="checkbox"/> nachts unruhig | <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz | <input type="checkbox"/> Enthemmung | <input type="checkbox"/> sexuelle Enthemmung |
| <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen | <input type="checkbox"/> Verfolgungs-/Bestehlungsideen | | <input type="checkbox"/> herausforderndes Verhalten (z.B. Aggression) | |

Pflegeeinstufung ist beantragt Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3
liegt vor: (Bitte Kopie) Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Hinweise zur eigenen Einrichtung und Ausstattung (z.B. Einrichtungsgegenstände, die mitgebracht werden sollen)

Hinweise für eine kultursensible Pflege (z.B. Ernährung, Kleidung, Rituale, Tabus, Sexualität, Religiöse Betreuung)

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

- Werbeanzeige Telefonbuch Internet Empfehlung Ambulanter Dienst Hausarzt
 sonstiges _____

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Angehöriger Betreuer Bevollmächtigter