


<b>Pflegeplatzanmeldung</b>			
Einzugsdatum	Zimmer	Debitor	

Aufzunehmende Person			
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
<b>Name, Vorname</b>			
<b>Geburtsname</b>			
<b>Geburtsdatum, -Ort</b>			
<b>Konfession</b>			
<b>Familienstand</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>Telefonnummer</b>			
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>			

Ansprechpartner			
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
<b>Name, Vorname</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>Telefonnummer</b>			
<b>E-Mail</b>			
<b>Verwandtschaftsgrad</b>			
<b>Betreuer / Bevollmächtigter</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Zimmerwunsch		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
<b>Befristung</b>	Von - Bis	<input type="checkbox"/> Unbefristet

Pflegegrad			
<b>Vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> Ja	Bewilligt am	Grad
	<input type="checkbox"/> Nein		
<b>Anträge</b>	<b>Pflegegrad</b>	Beantragt am	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
	<b>Höherstufung</b>	Beantragt am	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
<b>Rezeptgebühr</b>	<input type="checkbox"/> befreit		<input type="checkbox"/> nicht befreit

Krankenkasse / Pflegekasse	
<b>Name</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	

Ärzte			
Name	Anschrift	Telefon	Funktion
			Hausarzt
			Facharzt für
			Facharzt für

Therapeuten und sonstige Versorger			
Name	Anschrift	Telefon	Funktion
			Ergotherapie
			Physiotherapie
			Logopädie
			Sanitätshaus
			Andere

Kostenregelung für Selbstzahler		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

Kostenregelung für Beihilfeberechtigte		
Bezieht die Person Beihilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Art der Beihilfe		
Antrag auf Kostenübernahme	Antrag gestellt am	Antrag bewilligt am
Zuständiges Sozialamt		

2


Rechnungsempfänger	
<input type="checkbox"/> Aufzunehmende Person	<input type="checkbox"/> Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Andere	(Name, Vorname, Adresse)

Einzureichende Unterlagen		
Betreuerausweis	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Pflegegradbescheid	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Antrag auf Pflegegrad, Antrag auf Höherstufung	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Befreiung von Rezeptgebühr	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Rentenbescheid	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Kostenübernahmeerklärung	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Kostenübernahmeantrag	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden
Arztbrief, Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> Vorhanden	<input type="checkbox"/> Nicht vorhanden

Wir sind eine offene Einrichtung. Wir können keine 24-Stunden-Beaufsichtigung gewährleisten. Unsere Bewohner können jederzeit die Einrichtung verlassen.

Diese Anmeldung ist unverbindlich und garantiert Ihnen keine Aufnahme in unsere Einrichtung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller

<b>Erstbefragung bei Pflegeplatzanmeldungen</b>			
Einzugsdatum	Zimmer	Debitor	

Aufzunehmende Person			
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
<b>Name, Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum, -Ort</b>			
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> beantragt am _____		
<b>Familienstand</b>			
<b>Telefonnummer</b>			

Ansprechpartner			
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
<b>Name, Vorname</b>			
<b>Telefonnummer</b>			
<b>E-Mail</b>			
<b>Verwandtschaftsgrad</b>			
<b>Betreuer / Bevollmächtigter</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Pflegesituation, Gesundheitszustand			
Diagnosen und Probleme	Erläuterungen		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/> Mit Tabletten	<input type="checkbox"/> mit Diät
<input type="checkbox"/> Parkinson			
<input type="checkbox"/> Demenz	(geistige Einschränkungen)		
<input type="checkbox"/> Krebsleiden			
<input type="checkbox"/> Hautzustand	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Skabies	<input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Pergamenthaut	<input type="checkbox"/> Flechte <input type="checkbox"/> Wunden
<input type="checkbox"/> Epilepsie			
<input type="checkbox"/> Allergien	(Welche?)		
<input type="checkbox"/> aktives Suchtverhalten	<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Drogen
<input type="checkbox"/> Schmerzen	(Wann?, Stärke?)		
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung			
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Stuhl	
<input type="checkbox"/> Versteifte Gelenke	(Wo?)		
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	(Kostform?)		
<input type="checkbox"/> Amputationen	(Wo?)		
<input type="checkbox"/> Behinderungen			
<input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Depression / Gemüt			
<input type="checkbox"/> Bewusstsein	(Wach, Schläfrig, Koma)		

<input type="checkbox"/> Tages-Nacht-Rhythmus	(Gestört?, Verhalten in der Nacht)		
<input type="checkbox"/> Soziale Kommunikation	(Freundlich, Rufen, Aggressivität)		
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz			
<input type="checkbox"/> Fehlhandlungen	(Welche?)		
Größe, Gewicht			
Fortbewegung	<input type="checkbox"/> Laufen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator
	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Waschen	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
<b>Hilfsmittel</b>	<b>Vorhanden</b>	<b>Nicht Vorhanden</b>	<b>Beantragt</b>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege-Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator, Gehbänkchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtstuhl, Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarmstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Orientierung</b>	<b>Vollständig vorhanden</b>	<b>Leicht eingeschränkt</b>	<b>Stark eingeschränkt</b>
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apparate und Medizinische Versorgung			
Art	Erläuterungen		
<input type="checkbox"/> Katheter	(Wo?, Art?)		
<input type="checkbox"/> Stoma künstl. Darmausgang	(Wo?, Art?)		
<input type="checkbox"/> Trachealkanüle			
<input type="checkbox"/> Sauerstoff	(Wie oft?)	Fremdfirma / Lieferant	
<input type="checkbox"/> PEG / PEJ künstliche Ernährung			
<input type="checkbox"/> Pumpen und Infusionen	<input type="checkbox"/> Insulinpumpe	<input type="checkbox"/> Schmerzpumpe	<input type="checkbox"/> Infusionen
<input type="checkbox"/> Beinwicklung Kompressionsstrümpfe			
<input type="checkbox"/> Hörgeräte	(links, rechts)		
<input type="checkbox"/> Zahnprothesen	(Oberkiefer, Unterkiefer, Teil- oder Vollprothese?)		
<input type="checkbox"/> Brille	(z.B. Lesebrille)		
<input type="checkbox"/> Prothesen / Orthesen	(z.B. Ersatzbein)		

Was noch wichtig ist zu wissen

Datum, Unterschrift

Erstellt: Hr. Birus (EL)  
Stand: 02/2026/V2

Geprüft:

Erstbefragung bei Pflegeplatzanmeldung