

Pflegeplatzanmeldung			
Einzugsdatum	Zimmer	Debitor	

Aufzunehmende Person			
Geschlecht	☐ Männlich	☐ Weiblich	☐ Divers
Name, Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum, -Ort			
Konfession			
Familienstand			
Adresse			
Telefonnummer			
Derzeitiger Aufenthalt			

Ansprechpartner			
Geschlecht	☐ Männlich	☐ Weiblich	☐ Divers
Name, Vorname			
Adresse			
Telefonnummer			
E-Mail			
Verwandtschaftsgrad			
Betreuer / Bevollmächtigter	☐ Ja	☐ Nein	

Zimmerwunsch		
☐ Einzelzimmer	☐ Doppelzimmer	
Befristung	Von - Bis	☐ Unbefristet

Pflegegrad			
Vorhanden	☐ Ja	Bewilligt am	Grad
	☐ Nein		
Anträge	Pflegegrad	Beantragt am	☐ nicht beantragt
	Höherstufung	Beantragt am	☐ nicht beantragt
Rezeptgebühr	☐ befreit		☐ nicht befreit

Krankenkasse / Pflegekasse	
Name	
Anschrift	
Versicherungsnummer	

Ärzte			
Name	Anschrift	Telefon	Funktion
			Hausarzt
			Facharzt für
			Facharzt für

Therapeuten und sonstige Versorger (Ergotherapie, Physiotherapie, Sanitätshäuser usw.)			
Name	Anschrift	Telefon	Funktion

Bestattungswesen			
Name	Anschrift	Telefon	
			☐ nicht festgelegt

Kostenregelung für Selbstzahler		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

Kostenregelung für Beihilfeberechtigte		
Bezieht die Person Beihilfe?	☐ Ja	☐ Nein
Art der Beihilfe		
Antrag auf Kostenübernahme	Antrag gestellt am	Antrag bewilligt am
Zuständiges Sozialamt		

2

Rechnungsempfänger	
☐ Aufzunehmende Person	☐ Ansprechpartner
☐ Andere	(Name, Vorname, Adresse)

Einzureichende Unterlagen		
Betreuerausweis	☐ Vorhanden	☐ Nicht vorhanden
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung	☐ Vorhanden	☐ Nicht vorhanden
Pflegegradbescheid, Antrag	☐ Vorhanden	☐ Nicht vorhanden
Befreiung von Rezeptgebühr	☐ Vorhanden	☐ Nicht vorhanden
Rentenbescheid, Kostenübernahmebescheid	☐ Vorhanden	☐ Nicht vorhanden
Arztbrief, Medikamentenplan	☐ Vorhanden	☐ 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

Erstbefragung bei Pflegeplatzanmeldungen			
Einzugsdatum	Zimmer	Debitor	

Aufzunehmende Person			
Geschlecht	☐ Männlich	☐ Weiblich	☐ Divers
Name, Vorname			
Geburtsdatum, -Ort			
Familienstand			
Telefonnummer			

Ansprechpartner			
Geschlecht	☐ Männlich	☐ Weiblich	☐ Divers
Name, Vorname			
Telefonnummer			
E-Mail			
Verwandtschaftsgrad			
Betreuer / Bevollmächtigter	☐ Ja	☐ Nein	

Pflegesituation, Gesundheitszustand			
Diagnosen und Probleme	Erläuterungen		
☐ Diabetes	☐ Insulin	☐ Mit Tabletten	☐ nur mit Diät
☐ Parkinson			
☐ Demenz	(geistige Einschränkungen)		
☐ Krebsleiden			
☐ Hautzustand	☐ Unauffällig	☐ Neurodermitis	☐ Flechte
	☐ Skabies	☐ Pergamenthaut	☐ Wunden
☐ Epilepsie			
☐ Allergien	(Welche?)		
☐ aktives Suchtverhalten	☐ Nikotin	☐ Alkohol	☐ Drogen
☐ Schmerzen	(Wann?, Stärke?)		
☐ Lungenerkrankung			
☐ Inkontinenz	☐ Urin	☐ Stuhl	
☐ Versteifte Gelenke	(Wo?)		
☐ Schluckstörungen	(Kostform?)		
☐ Amputationen	(Wo?)		
☐ Behinderungen			
☐ Infektionserkrankungen	☐ HIV	☐ Hepatitis	☐ Tuberkulose
☐ Depression			
☐ Bewusstsein	(Wach, Schläfrig, Koma)		
☐ Tages-Nacht-Rhythmus	(Gestört?)		

☐ Soziale Kommunikation	(Freundlich, Rufen, Aggressivität)		
☐ Weglauftendenz			
☐ Fehlhandlungen	(Welche?)		
Größe, Gewicht (auch geschätzt möglich)	cm		kg
Fortbewegung	☐ Laufen	☐ Rollstuhl	☐ Rollator
	☐ selbstständig	☐ mit Unterstützung	
Bettlägerigkeit	☐ Ja		☐ Nein
Waschen	☐ selbstständig		☐ mit Unterstützung
An- und Auskleiden	☐ selbstständig		☐ mit Unterstützung
Essen und Trinken	☐ selbstständig		☐ mit Unterstützung
Toilettengang	☐ selbstständig		☐ mit Unterstützung
Hilfsmittel	Vorhanden	Nicht Vorhanden	Beantragt
Rollstuhl, Pflege-Rollstuhl	☐	☐	☐
Rollator, Gehbänkchen	☐	☐	☐
Nachtstuhl, Toilettenstuhl	☐	☐	☐
Unterarmstützen	☐	☐	☐
Orientierung	Vollständig vorhanden	Leicht eingeschränkt	Stark eingeschränkt
Person	☐	☐	☐
Ort	☐	☐	☐
Zeit	☐	☐	☐

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

Bestattungswesen			
Name	Anschrift	Telefon	
			☐ nicht festgelegt

Was noch wichtig ist zu wissen

Datum, Unterschrift (Gespräch geführt)