

Anfrage Heimplatz

Datum _____

Bitte komplett ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Daueraufenthalt nach Kurzzeitpflege geplant Ja Nein

Vollstationäre Pflege voraussichtlich ab _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Wohnbereich Intensivpflegebereich

Persönliche Daten

Vor- und Zuname _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Ansprechpartner

Verwandtschaftsverhältnis _____

Vor- und Zuname _____

Adresse _____

Telefon / Handynummer _____

Krankenkasse / Pflegekasse / Gesundheitszustand

Pflegegrad Kein 1 2 3 4 5 Beantragt Unbek.

Merkmale Orientiert Desorientiert Weglauftendenz
 Mobil Bettlägerig Dekubitus/Wunden
 Beatmung Selbstgefährdung Fremdgefährdung

Pflegehilfsmittel Rollator Rollstuhl PEG-Sonde O₂-Generator

Beschluss (Amtsgericht) Fixierungsbeschluss Unterbringungsbeschluss

Diagnose(n) / Erkrankungen _____

Zusätze Beatmung / Intensivpflege

Hausarzt (Name, Adresse)

Hausarztwechsel

Ja Nein

Krankenkasse

Provider Beatmungsgerät

Art der Beatmung

spontan invasiv (unterstützend)

Dauer der Beatmung

24 Stunden zur Nacht

anderer Zeitraum: _____

Kostenträger

Selbstzahler

Sozialamt

Aktion auf Anfrage (Mehrfachnennungen möglich)

Interesse an Beratungstermin

Interesse an Besichtigung unseres Hauses

Auf Warteliste setzen und Rückruf, wenn freier Platz verfügbar

Die Ihnen ausgehändigte Information zur Verarbeitung Ihrer Daten durch unsere Einrichtung findet Anwendung. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der E-Mail-Versand unverschlüsselt erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift