

**Anmeldung zur**

Heimaufnahme

Kurzzeitpflege

Pflege Flex >> über LQG? Ja  nein

Tagespflege

Anfragedatum: \_\_\_\_\_

Anmeldung ist dringend: ja  ab wann: \_\_\_\_\_

nein  ab wann: \_\_\_\_\_

**voraussichtliche Aufenthaltsdauer** (bei KZP oder Pflege Flex): \_\_\_\_\_

Häusliche Pflege nach Aufenthalt vorrausichtlich wieder möglich?

Ja  nein  Übergang vollstationär

vorherige Inanspruchnahme von Pflege Flex? Ja  Nein

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geborene: \_\_\_\_\_ ledig/verh./verw./ gesch. \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Seit wann dort wohnhaft? \_\_\_\_\_

Personalausweis Nr.: \_\_\_\_\_ ausgestellt am: \_\_\_\_\_

vom: \_\_\_\_\_

Befand oder befinden Sie sich schon in einem Heim? ja  nein

Wenn ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja  nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Demenzpatient? Ja  Nein  Rollstuhlbenutzung? Ja  Nein

---

Wurden bereits Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen? ja  nein

Beihilfe ja  nein  wo: \_\_\_\_\_

Besteht eine Rezeptbefreiung? ja  nein

Wenn nein, an wen ist die Rechnung zu senden: \_\_\_\_\_

Zimmerwunsch:

Einzelzimmer:  Doppelzimmer:

Einzelzimmer oder Doppelzimmer:

Namen und Anschriften der Kinder oder nahestehender Personen + Telefon Nr./Handy Nr. :

1. \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Rechnungsempfängers der Heimkostenabrechnung/Tagespflegerechnung: \_\_\_\_\_

Sind die pflegenden Angehörigen berufstätig? Ja  nein

Pflegende Angehörige selbst pflegebedürftig? Ja  nein

Name und Anschrift des Betreuers + Telefon Nr.: \_\_\_\_\_

Wirkungskreis der Betreuung: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift und Telefon Nr. des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Trachealkanüle? ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Medizinischer Grund der Aufnahme:

- Allgemeine Verschlechterung AZ     Multimorbidität     Infekte aller Art  
 Nach OP     Krebspatient     Austrocknung     nach Sturz  
 Demenz     Schlaganfall     Herzinfarkt     Unfall

### Häusliche Wohnsituation vor der Aufnahme:

- Allein     mit (Ehe-) Partner     mit Kindern     mit Geschwistern  
 Sonstige Hilfe (Nachbarschaft)     betreutes Wohnen

### Häusliche Pflegesituation vor der Aufnahme:

- Keine Pflege     ausschließlich durch Angehörige  
 Angehörige und professionelle Pflege     ausschließlich professionelle Pflege

### Anlass für Pflege:

- Urlaub pflegender Angehöriger     starke Belastung pflegender Angehöriger  
 Erkrankung pflegender Angehöriger     Warten auf Heimplatz  
 Pflege nach Krankenhausaufenthalt     eigene akute Erkrankung  
 Überbrückung zwischen Krankenhaus / Reha     nach Reha Aufenthalt

### Wohin geplante Entlassung?

- Übergang Vollstationär     eigene Wohnung     Wohnung von Angehörigen  
 Anderes Altenheim     Krankenhaus     Reha

### Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren (Bitte ankreuzen!)?

- Empfehlung     Arzt     Telefonbuch  
 Internet     Krankenhaus     Zufall

### Wurden mehrere Heime angefragt? Wenn ja, wieviele?

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers