

Heimplatzanfrage

Heimplatzanfrage vom: _____ telefonisch persönlich

Kurzzeitpflege Vollzeitpflege Dauerpflege Probewohnen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

Krankenkasse: _____ Befreiung: ja nein

Beihilfeberechtigung Heimbedürftigkeitsbescheinigung

Pflegestufe: _____ Liegt Bescheid der Pflegekasse vor? ja nein

Hausarzt: _____ Facharzt: _____

Einzug zum: _____ Zimmer: _____ Besichtigungstermin: _____

Selbstzahler Sozialhilfeempfänger

Liegt eine Kostenübernahmeerklärung vor: ja nein

Beihilfeberechtigung: ja nein

Unterbringungsbeschluss: ja nein Betreuung: ja nein

Vorsorgevollmacht: ja nein Patientenverfügung: ja nein

z.Zt.: _____

Diagnosen:

- Demenz Weglauftendenz Aggressivität Parkinson
- Diabetes Mellitus nsulinpflichtig Herzinsuffizienz
- Alkoholabhängigkeit Tablettenabhängigkeit Bluthochdruck
- Epilepsie Rheuma Arthrose Schlaganfall
- Halbseitenlähmung Sprachstörung Blindheit
- Taubheit Kachexie Amputation
- Inkontinenz Blase Inkontinenz Darm

Sonstiges: _____

- Rollstuhl Rollator Antidekubitussystem PEG
- Sauerstoffgerät

Angehörige: _____

Telefon: privat: _____ dienstlich: _____

Angehörige: _____

Telefon: privat: _____ dienstlich: _____

Angehörige: _____

Telefon: privat: _____ dienstlich: _____