

Antrag

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr):		Konfession:	
Krankenkasse:		Zimmerwunsch:	
		<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	
Anschrift:			
Straße, Hausnummer:		PLZ und Wohnort:	
Telefonnummer:		Handynummer:	
E-Mail Adresse:			
Soziale / familiäre Situation:			
<input type="checkbox"/> alleinstehend ohne Angehörige vor Ort <input type="checkbox"/> Pflegende Angehörige sind berufstätig /krank <input type="checkbox"/> Versorgung zu Hause ist (noch) gesichert <input type="checkbox"/> Überlastung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> waren sie bereits in einer stationären Einrichtung			
Angehörige / gesetzliche(r) Betreuer*in			
1. Name, Vorname:	Verhältnis zum Betroffenen:	Straße, Hausnummer:	
	Telefonnummer:	PLZ, Wohnort:	
	Handy:	E-Mail:	
2. Name, Vorname:	Verhältnis zum Betroffenen:	Straße, Hausnummer:	
	Telefonnummer:	PLZ, Wohnort:	
	Handy:	E-Mail:	
Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung			
<input type="checkbox"/> Pflegegrad _____ bewillig <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein, Antrag gestellt			
Aktueller Aufenthaltsort / Dringlichkeit			
<input type="checkbox"/> akute Krankenhausentlassung (ohne Anschluss) <input type="checkbox"/> aktuell in der Kurzzeitpflege (befristet) <input type="checkbox"/> Wohnung kündigungsbedingt/ unbewohnbar / häusliche Versorgung nicht mehr ausreichend			
Ihr Einkommen (obligatorische Angabe, bitte in Brutto-Beträgen angeben)			
Monatliches Einkommen (Rente, Pension):		Vermögen (Ersparnisse, Anlagen, Eigentum etc.):	

Gesundheitszustand

Diagnose(n):	Demenz:
	<input type="checkbox"/> leichte Demenz <input type="checkbox"/> mittelschwere Demenz <input type="checkbox"/> schwere Demenz
Liegen psychische Störungen vor bzw. gibt es Verhaltensauffälligkeiten?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher Art:	
Hilfebedarf	
1. ...ist imstande, sich alleine an- und auszukleiden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. ...ist imstande, sich alleine körperlich zu reinigen und zu pflegen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. ...ist imstande, selbstständig zu essen und zu trinken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. ...ist imstande, sich alleine im Bett aufzusetzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. ...ist imstande, alleine aus dem Bett zu steigen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. ...ist imstande, alleine zu gehen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7. Kontinent für Urin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Kontinent für Stuhl	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. ...ist vollständig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Liegt eine besondere Pflegesituation (Tracheotomie /Sauerstoff etc.) vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind auf Hilfsmittel angewiesen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher Art:	

Wir bitten Sie, alle Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand **vollständig und wahrheitsgemäß** zu beantworten. Nur mit korrekten Informationen können wir individuell auf Ihre Bedürfnisse eingehen und sie in unsere Gemeinschaft integrieren.

Senden Sie uns den Antrag vollständig ausgefüllt digital per E-Mail an: scheer@ev-seniorenheim.de oder per Post zurück.

Um den dringlichsten Bedürfnissen gerecht zu werden, führen wir bei vorliegenden vollständigen Unterlagen, eine fachliche Priorisierung durch.

Bei Aufnahme in unserer Warteliste senden wir Ihnen eine Bestätigung zu. Erhalten Sie innerhalb einer Woche keine Nachricht, gilt dies leider als Absage.

Selbstverständlich können Sie sich erneut an uns wenden, sobald sich die Dringlichkeit erhöht oder sich die persönlichen Kriterien ändern.

Sollten Sie sich zwischenzeitlich für eine andere Einrichtung entscheiden oder kein Interesse mehr an einer Aufnahme bestehen, bitten wir Sie im Sinne anderer Bewerber um eine **umgehende schriftliche oder telefonische Absage**.

Ort, Datum

Unterschrift