



Senioren- und Pflegeheim
Ludwig Feuerbach
Albrecht-Dürer-Str. 23
85579 Neubiberg
Telefon: 089 / 600 86 600
Fax: 089 / 600 86 821

ANTRAG AUF EINEN VOLLSTATIONÄREN PFLEGEPLATZ

- Dauer – Kurzzeitpflege -

() (von bis)

1. Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Geb.-Name:

Geb.-Datum: . . .19... Geburtsort:

Familienstand:

Zuletzt ausgeübter Beruf:

Häusliche Anschrift: Straße:

Ort:

Wird beibehalten
ja..... / nein.....

Telefonmit Vorwahl: (.....)

Staatsangehörigkeit:

Pflegestufe: I oder II oder III oder Vorabestufung beantragt:

2. Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis:.....

Name:

Vorname:

Anschrift: Straße:

Ort:

Telefon mit Vorwahl: (.....)

Telefax: mit Vorwahl: (.....)



3. **Wurde eine Generalvollmacht erteilt** ja..... / nein.....

An wen?

4. **Betreuung durch Beschluss des Vormundschaftsgerichtes**

ja...../nein..... ist beantragt.....

Name des Betreuers:

Vorname:

Anschrift: Straße:

Ort:

Telefon:

Telefax:

5. **Bisheriger Hausarzt:**

Name:

Anschrift:

Telefon: bitte klären, ob weitere Betreuung im Heim möglich

6. **Kranken-/Pflegekasse:**

.....

Vers.Nr.: Rezeptgebühren befreit : ja..... / nein.....
Befreiung beilegen

Anschrift: Straße:

Ort:

Telefon:

7. **Wurde der Antrag auf vollstationäre Pflege bei der Kasse gestellt?** ja..... / nein.....

8. **Kostenträger**

Selbstzahler ja..... / nein.....

Pflegeversicherungskasse (Anschrift):

.....

.....

Versorgungsamt (Anschrift):

.....

.....





Wurde Sozialhilfe beantragt?

Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich auf die Zuschussmöglichkeit zu den Pflegekosten durch die Träger der Hilfsleistungen gem. SGB XII hin. Bitte informieren Sie sich dort näher

Sozialamt:

Muss noch beantragt werden ja..... / nein.....

9. Woraus werden die Heimkosten finanziert?

Bitte in Kopie beifügen:

- Pflegekassenleistung € Antrag Pflegekasse
- Rentenhöhe (Pensionen):€ Rentenbescheid
- Summe anderer Einkommen: € Einkommensnachweis
- Barvermögen € Kontoauszug
- Anteil der Angehörigen € Schuldbetrittserklärung

10. Zu welchem Zeitpunkt soll die Heimaufnahme erfolgen?

sofort

später Zeitpunkt ab KW

11. Es ist mein Wunsch, dass folgende Institution mit meiner Bestattung beauftragt wird:

.....

Datum:

Unterschrift:

Name

Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Antrag auf Heimaufnahme erst bei vollständiger Abgabe folgender Unterlagen bearbeiten können:

- Anmeldebogen (vollständig ausgefüllt und unterschrieben)
- Ärztlicher Fragebogen (nur vom Arzt auszufüllen)
- Bestätigung der Pflegestufe bzw. Vorantrag bei der Pflegekasse
- Aktuelle Kopie des Renten / Pensionsbescheids
- Wenn zutreffend Unterstützungsantrag beim Sozialamt Bezirk Oberbayern





Senioren- und Pflegeheim
Ludwig Feuerbach
Albrecht-Dürer-Str. 23
85579 Neubiberg

Telefon: 089 / 600 86 600
Fax: 089 / 600 86 821

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

(Diese Seite ist bitte nur vom Arzt auszufüllen!)

Name, Vorname:

geb. am:

Diagnosen:

Vorhandene Wunden / Dekubitus, wie versorgt?:

Ansteckende Krankheiten: ja / nein

Suchtkrankheiten: ja / nein

Körperliche Behinderungen: ja / nein , welche?

Ernährungszustand: Gewicht: Größe: cm

Enterale Ernährung; PEG?:

Parenterale Ernährung; Port, ZVK?:

Ist Diät / Schonkost erforderlich?: ja / nein

Welche Medikamente müssen derzeit (momentan) verabreicht werden?:
.....
.....
.....
.....
.....

Besteht Weglaufgefahr?: ja / nein

Ist eine Fixierung notwendig? (Beschluss!): ja / nein

Gefährdung Anderer oder der eigenen Person?: ja / nein



Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ist der/die Bewohner/in desorientiert? (*keine / gelegentliche / häufige / dauernde)

Zeitlich: nein gelegentlich häufig dauernd

Örtlich: nein gelegentlich häufig dauernd

Persönlich: nein gelegentlich häufig dauernd

Ist der /die Bewohner/in Dialysepatient/in?: ja / nein.....

Besitzt der Die Bewohner/in einen Herzschrittmacher?(Ausweis!): ja / nein.....

Ist der/die Bewohner/in Inkontinent? (Harn, Stuhl):

Benötigt der Bewohner (*keine / gelegentliche / häufige / dauernde) Hilfe beim:

Gehen: keine gelegentliche häufige dauernde

Essen: keine gelegentliche häufige dauernde

Waschen: keine gelegentliche häufige dauernde

Ankleiden: keine gelegentliche häufige dauernde

Frisieren / Rasieren: keine gelegentliche häufige dauernde

Aufstehen: keine gelegentliche häufige dauernde

Zu Bett gehen: keine gelegentliche häufige dauernde

Toilette benutzen: keine gelegentliche häufige dauernde





Ist der/die Bewohner/in bettlägerig?: ja / nein

bisheriger ambulanter Pflegedienst (Bitte Adresse und Ansprechpartner angeben!):.....

Bei einem vorherigen Aufenthalt in einem Krankenhaus ist der Pflegebericht erforderlich!!!

Ort: Datum: / /20

Unterschrift, Stempel des Arztes

.....

