





**14. Andere Zuschüsse / Einkünfte**

- Beihilfeansprüche (z.B. Beamte) von woher? .....
- sonstige Leistungsansprüche zur Pflege von woher? .....
- Sozialhilfe

Wurde bereits ein Antrag auf Sozialhilfe im Rahmen der "Hilfe zur Pflege" (SGB XII § 61) gestellt? Ja  Nein

Wenn Ja bei welchem Sozialamt? \_\_\_\_\_

**15. Fachärztliche Diagnose einer Demenz gegeben?** Ja   
Nein

Wenn Nein fachärztliche Diagnostik vor Aufnahme möglich? Ja   
Nein

Arztberichte oder Krankheitsunterlagen vorhanden?  
(falls Ja bitte Kopien beilegen) Ja   
Nein

Aktuelles ärztliches Zeugnis vorhanden? Ja   
Nein

Gehfähigkeit der/des Kranken erhalten  eingeschränkt   
stark eingeschränkt  nicht vorhanden

Bewegungsbedürfnis groß  mittel  gering

Pflegestufe 0  1  2  3

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt? Ja  Nein

Besonderheiten bei der Pflege und Versorgung, Verhaltensbesonderheiten, aktuelle Schwierigkeiten und sonstige körperliche Erkrankungen (z. B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen etc.):

---

---

---

16. Andere psychische / psychiatrische Erkrankungen Ja  Nein

Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_

17. Körperliche Behinderungen:  gehbehindert  sehbehindert  hörbehindert  
 rollstuhlgebunden  bettlägerig  blind

Sonstige Behinderungen \_\_\_\_\_

18. Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Kann dieser Arzt die Behandlung der/des Kranken im Heim weiterführen?  
Ja   
Nein

19. Wer nimmt die Anmeldung zur Heimaufnahme vor?

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon e-mail

**Einverständniserklärung:** Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten für sozialplanerische und statistische Zwecke anonym verwendet werden dürfen. Ja  Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

(Unterschrift)