

12. Existiert eine **Generalvollmacht**? Ja Nein

Name der / des Bevollmächtigten: _____

13. Existiert eine **Patientenverfügung**? Ja Nein

14. Krankenkasse /Pflegekasse:: _____

Mitgliedsnr.: _____ Rezeptgebührenbefreiung: Ja Nein

15. 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? _____

16. Fachärztliche Diagnose einer Demenz gegeben? Ja
Nein

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

Aktuelles ärztliches Zeugnis vorhanden? Ja
Nein

Gehfähigkeit erhalten eingeschränkt
stark eingeschränkt

Bewegungsbedürfnis groß mittel gering

Pflegestufe 1 2 3 4 5

Hat der MDK eine sog. "Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz" festgestellt? Ja Nein

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt? Ja Nein

Sonstige körperliche Erkrankungen (z. B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen etc.):

17. Andere psychische / psychiatrische Erkrankungen Ja Nein

Wenn Ja welche? _____

18. Körperliche Behinderungen: gehbehindert sehbehindert hörbehindert
 rollstuhlgebunden

Sonstige Behinderungen _____

19. Bestehen Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja: welche?

Nein Ja: _____

20. Hausarzt: _____
Name, Vorname Telefon

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

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

21. 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)