



## Antragsbogen für einen Pflegeplatz in der Seniorenresidenz

Hiermit wird ein Antrag auf Einzug in das Pflegehaus, **Seniorenresidenz Alpenpanorama GmbH**,  
Panoramastr. 10, in 79862 Höchenschwand, gestellt.

*Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus, damit eine korrekte Bearbeitung Ihrer Daten erfolgen kann. Nach Eingang und Bearbeitung ihres Antrages, werden wir uns schriftlich oder telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.*

-----

### Personendaten des Pflegeplatzsuchenden:

----- Nachname	----- Vorname	----- ggf. Geburtsname
----- Straße	----- PLZ/Ort	----- Telefon
----- Geburtsdatum	----- Familienstand	----- Staatsangehörigkeit
----- Konfession	----- gewünschtes Einzugsdatum (von - bis)	----- Geburtsort

### Krankenkasse:

----- Name	----- Straße	----- PLZ/Ort
----- Telefon/Fax	----- PLZ/Ort	----- Telefon

besteht eine Kostenbefreiung:     ja                       nein                      (falls ja, bitte Kopie beilegen)

### Pflegekasse: *(falls abweichend von der Krankenkasse)*

----- Name	----- Straße	----- PLZ/Ort
----- Telefon/Fax		

besteht eine Kostenbefreiung:     ja     nein

Bescheid liegt vor für Pflegestufe:     1     2     3     4     5

Besteht eine eingeschränkte Alltagskompetenz:     ja     nein

Falls nein, wünschen Sie dennoch eine Teilnahme an  
Betreuungsangeboten (Selbstzahler)     ja     nein

**Kostenträger:**

komplette Selbstübernahme der Heimkosten durch den Bewohner:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zahlt die Pflegekasse in Verbindung mit Eigenanteil:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zahlt die Pflegekasse in Verbindung mit dem Sozialamt:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wurde ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

**Ehegatte, Angehörige/Ansprechpartner bzw. Kontaktpersonen:**

**a)**

..... Nachname	..... Vorname	..... Verwandtschaftsgrad
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon/Fax
..... Handy	..... E-Mail	

**b)**

..... Nachname	..... Vorname	..... Verwandtschaftsgrad
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon/Fax
..... Handy	..... E-Mail	

**c)**

..... Nachname	..... Vorname	..... Verwandtschaftsgrad
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon/Fax
..... Handy	..... E-Mail	

**Betreuung/Vollmacht:**

besteht eine Betreuung:  ja  nein (falls ja, bitte Kopie beifügen)

..... Name	..... Vorname	..... Verwandtschaftsgrad
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon/Fax/E-Mail

besteht eine Patientenverfügung:  ja  nein **(falls ja, bitte Kopie beifügen)**

besteht eine Vorsorgevollmacht:  ja  nein **(falls ja, bitte Kopie beifügen)**

besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag:  ja  nein **(falls ja, bitte Kopie beifügen)**

### **Hausarzt:**

-----  
Name des Hausarztes

-----  
Anschrift

-----  
Telefon

-----  
Faxnummer (falls bekannt)

### **ärztl. Diagnosen/Allergien/Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, MRSA usw.):**

*(bitte Kopien der letzten Diagnosen/Befunde usw. beilegen)*

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Letzter Krankenhausaufenthalt:

-----

besteht eine Weg-/Heimlaftendenz  ja  nein

### **Wünsche und Anregungen (z. B. bei der Ernährung, Vorlieben/Abneigungen, Besonderheiten usw.)**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

### **Telefon/Internet/Fernseher:**

Telefonanschluss wird gewünscht:

ja  nein

Anschluss ans Internet wird gewünscht:

ja  nein

Fernseher wird gewünscht:

ja  nein

*(Bitte beachten Sie, dass für die Langzeitpflege prinzipiell ein eigenes Fernsehgerät mitzubringen ist.)*

**Diesem vollständig ausgefüllten Antragsbogen ist folgendes auch beizulegen:**

Antrag für die Kurzzeitpflege:

- Urlaubsanschrift der Angehörigen/Bevollmächtigten mit Telefonnummer/Handynummer
- alle, wie oben angegebenen Kopien und Unterlagen
- Biografiebogen
- Ausweise (KK-Karte / Allergiepass / Herzschrittmacherpass / Macumarpass)
- Medikamente (Tabletten / Tropfen / Blutzuckerzubehör)
- aktueller Medikamentenplan vom Hausarzt
- ausreichend Inkontinenzmaterial für die Zeit des Aufenthalts
- falls freiheitseinschränkende Maßnahmen (Bettgut, Fixiergurt, Rollstuhl) notwendig sind, bitte richterliche Genehmigung einholen und (in Kopie) vorlegen

zusätzlich für die Langzeitpflege:

- Finanzierungsbestätigung (siehe Rückseite „Pflegesätze der Seniorenresidenz Alpenpanorama GmbH“) mit den zugehörigen Unterlagen

*Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben, soweit sie dem Träger der Einrichtung bekannt gegeben wurden, in der EDV-Anlage gespeichert werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich bei der Pflegedienstleitung widerrufen.*

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich dir Richtigkeit meiner Angaben.*

-----  
Ort/Datum

-----  
Vorname

-----  
Unterschrift Antragsteller

-----  
Unterschrift Bewohner (falls abweichend)