



Antragsbogen auf Tagesbetreuung in der Seniorenresidenz

Hiermit wird ein Antrag auf Tagesbetreuung im 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.*

Persönliche Angaben:

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
ggf. Geburtsname

.....
Straße

.....
PLZ/Ort

.....
Telefon

.....
Geburtsdatum

.....
Familienstand

.....
Staatsangehörigkeit

.....
Konfession

Ab wann ist die Tagesbetreuung gewünscht/an welchen Wochentagen

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Sonstiges:

Erhalten Sie Betreuung oder Pflege auch durch andere Institutionen, z.B. Sozialstation, Essen auf Rädern, Verwandte,
Nachbarn usw.

.....
.....
.....

Ist für Sie ein Wohnungs-/Haustürschlüssel hinterlegt?

- ja nein

Wenn ja, wo:

.....
.....

Ehegatte, Angehörige/Ansprechpartner bzw. Kontaktpersonen:

(Bitte geben Sie mit der Reihenfolge der Eintragungen an, wer von Ihren Angehörigen, von uns bevorzugt angesprochen werden soll. Unter Kontaktart geben Sie bitte das Verwandtschaftsverhältnis oder Nachbar, Freund usw. an)

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	

Bemerkung:

.....

Betreuung/Vollmacht:

besteht eine Betreuung: ja nein (falls ja, bitte Kopie beifügen)
gesetzlicher Betreuer für: Vermögen Finanzen Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge

..... 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)**

Krankenkasse:

.....
Name

.....
Straße

.....
PLZ/Ort

.....
Telefon/Fax

.....
Mitgliedsnummer

Pflegekasse: *(falls abweichend von der Krankenkasse)*

.....
Name

.....
Straße

.....
PLZ/Ort

.....
Telefon/Fax

.....
Mitgliedsnummer

Pflegeeinstufung ist beantragt:

ja nein

Bescheid liegt vor für Pflegestufe:

1 2 3 4 5

(Bitte Kopie des Einstufungsbescheids beifügen)

Kostenträger:

komplette Selbstübernahme der Kosten aus laufendem Einkommen (Rente)

ja nein

Zahlt die Pflegekasse in Verbindung mit Eigenanteil:

ja nein

Zuzahlung erfolgt durch das zuständige Sozialamt:

ja nein

Der Antrag muss im Voraus von der betreffenden Person gestellt werden, bitte Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen

Hausarzt:

.....
Name des Hausarztes

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
Faxnummer (falls bekannt)

Befreiungen:

besteht eine Kostenbefreiung

ja nein

(falls ja, bitte Kopie beilegen)

Rezeptgebühren:

ja nein

Krankentransporten:

ja nein

Sonstiges:

.....
.....

Ausweise: (bitte in Kopie dem Antrag beilegen)

Schwerbehindertenausweisnr.: Gültig bis:

Personalausweisnr.: Gültig bis:

Bemerkungen:

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ich/wir versichern, daß alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen und möglichst vollständig beantwortet wurden.

Ich/wir bin/sind 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 die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Falls der Antrag nicht von der aufzunehmenden Person gestellt wird, bitte auch Anschrift des Antragstellers/der Antragsstellerin angeben.

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße

.....
PLZ/Ort

.....
Telefonnr.

.....
E-Mail

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift