

Erfolgte bereits eine Eingruppierung in einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Pflegegrad ist beantragt Datum: _____
Pflegegrad: Bewilligungsbescheid liegt vor <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Liegt eine altersbedingte Demenz vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind pflegerische Besonderheiten Ihrer Meinung nach zu beachten (z.B. Diäten, Allergien):
<input type="checkbox"/> zuletzt häufig gestürzt <input type="checkbox"/> Ernährung (Diät, Allergien, Mangelernährung) _____ <input type="checkbox"/> Weglauftendenz
Erstbesuch: Erstbesuch erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Datum/ Uhrzeit _____ <input type="checkbox"/> nicht möglich

Hausarzt:
Ist der Hausarzt bereit, die Betreuung weiter zu übernehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der zukünftige Bewohner Patient bei Fachärzten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bei welchen:
Zuzahlungsbefreiung Medikamente: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits eine Bestattungsvorsorge getroffen? Unternehmen: PLZ/ Ort: Tel.Nr.: Straße/Nr.:

Ort, Datum: _____

Unterschrift Antragsteller: _____

Unterschrift Bevollmächtigter: _____

Anlagen: (können nachgereicht werden)

- Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung / Betreuungsvollmacht / Generalvollmacht
 Betreuerausweis