

**AWO Seniorenzentrum „Am Heiligenberg“ ,Naumburger Straße 55, 07743 Jena**  
Telefon: 03641/ 484 101, Fax: 03641/ 484 105

## Anmeldung für einen Pflegeplatz

<b>Name, Vorname:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsname:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Adresse:</b>			
<b>derzeitiger Aufenthaltsort</b>			
<b>Familienstand:</b>		<b>Religion:</b>	
<b>Staatsangehörigkeit:</b>		<b>Krankenkasse:</b>	
<b>Pflegegrad:</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<b>beantragt, seit:</b>
<b>Hausarzt, Adresse:</b>			
<b>Hausarzt Telefon:</b>			
<b>Grund der Aufnahme/ pflegerelevante Vorgeschichte:</b>			

### Wer stellt den Antrag/ wer ist Ansprechpartner?

<b>Name, Vorname:</b> <i>(Beziehung zum Pflegebedürftigen)</i>			
<b>Anschrift</b>			
<b>Tel.:</b>			
<b>E-Mail:</b>			
<b>Vollmacht vorhanden?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <i>(Bitte Kopie beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Klärung
<b>Geltungsbereiche der Vollmacht</b>	<input type="checkbox"/> alles	<input type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> Gesundheit
	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Behörde	
	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	
<b>Gibt es eine gesetzliche Betreuung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <i>(Bitte Kopie beifügen)</i>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Klärung

### Gibt es weitere Ansprechpartner?

<b>Name, Vorname:</b> (Beziehung zum Pflegebedürftigen)			
<b>Anschrift</b>			
<b>Tel.:</b>			
<b>E-Mail:</b>			
<b>Vollmacht vorhanden?</b>	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Klärung
<b>Geltungsbereiche der Vollmacht</b>	<input type="checkbox"/> alles	<input type="checkbox"/> Vermögen	<input type="checkbox"/> Gesundheit
	<input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Behörde	
	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	
<b>Gibt es eine gesetzliche Betreuung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Klärung

### Wichtige Angaben und Wünsche zur Unterbringung

<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> egal	<b>Wohngeldantrag</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Antrag Sozialhilfe</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Haustier</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Allgemeiner Pflegebereich <input type="checkbox"/> Pflegebereich mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt <input type="checkbox"/> Pflegebereich Wachkoma	
<b>Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme:</b>		

### Beratung durchgeführt/ vermittelt:

<input type="checkbox"/> Kosten Pflegeplatz <input type="checkbox"/> Zimmer (Ausstattung, Größe) <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Servicewohnen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
---

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigtem