

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

Anmeldung für einen Pflegeplatz

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

Wer stellt den Antrag/ wer ist Ansprechpartner?

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

Gibt es weitere Ansprechpartner?

Name, Vorname: (Beziehung zum Pflegebedürftigen)			
Anschrift			
Tel.:			
E-Mail:			
Vollmacht vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Klärung
Geltungsbereiche der Vollmacht	<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	
Gibt es eine gesetzliche Betreuung?	<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	Wohngeldantrag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Antrag Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haustier <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	
Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme:		

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