

## Unverbindliche Anmeldung

im  **Wohn- und Pflegezentrum Mobil**, Eisenacher Str. 18, 99974 Mühlhausen

zur  ambulanten Pflege ab ..... bis .....

Ihre Angaben werden ausschließlich für die Vorbereitung der Tourenplanung, Betreuung und Versorgung erhoben. Diese Unterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt. Alle Punkte sollten vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Eine Anmeldung für die Versorgung des ambulanten Pflegedienstes erfolgt erst mit Abgabe des ausgefüllten Formulars. Erforderliche Anlagen sind dem Vordruck beizufügen.

### Angaben zur Person

Nachname ..... Vorname ..... Geburtsname .....

Pflegegrad ..... seit dem ..... Antrag auf Leistungen der Pflegekasse gestellt am .....

amtlicher Wohnsitz ..... Telefon .....

derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus/Heim/zu Hause usw.) .....

Geburtsdatum ..... Geburtsort ..... Religion .....

Familienstand ..... Datum der Eheschließung ..... Personalausweis-Nr. ....

### Angaben zu Angehörigen

1. Name, Vorname ..... Verwandtschaftsgrad .....

Wohnort, Straße ..... Telefon, Mobil .....

2. Name, Vorname ..... Verwandtschaftsgrad .....

Wohnort, Straße ..... Telefon, Mobil .....

3. Name, Vorname ..... Verwandtschaftsgrad .....

Wohnort, Straße ..... Telefon, Mobil .....

Die Angehörigen Nr. .... sind als Kontaktpersonen gewünscht.

Die Angehörigen Nr. .... möchten bei einem Notfall auch nachts informiert werden.

Rechnungsempfänger nach Aufnahme wird  der Tagesgast  der Angehörige Nr. ....

### Angaben zur Kranken-/Pflegekasse und zur Rechnungslegung

Name der Kranken-/Pflegekasse ..... Mitgliedsnr. ....

Anschrift/Telefon/Telefax .....

Bankverbindung ..... Bankleitzahl .....

Kontoinhaber ..... Kontonummer .....

## Angaben zur Geschäftsfähigkeit

- der Bewohner ist voll geschäftsfähig und entscheidet alle Dinge selbst.  Eine Patientenverfügung ist vorhanden.
- eine Vorsorgevollmacht ist vorhanden.  privatschriftlich  notariell beurkundet
- Aufgabenkreis:  Gesundheitsfürsorge  Aufenthaltsbestimmung  Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden  
 Vermögensfürsorge  Post-/Fernmeldeverkehr  Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Bevollmächtigter ..... oder Angehöriger Nr. ....
- ein Betreuer ist eingesetzt.  gerichtlich bestellt durch Amtsgericht.....
- Betreuerausweis liegt vor. Aktenzeichen .....  wurde beantragt am .....
- Aufgabenkreis:  Gesundheitsfürsorge  Aufenthaltsbestimmung  Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden  
 Vermögensfürsorge  Post-/Fernmeldeverkehr  Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Betreuer ..... oder Angehöriger Nr. ....

## Angaben zu Ärzten / medizinische Angaben

**HINWEIS: Es besteht freie Arztwahl! Der jeweilige Hausarzt kann Hausbesuche in der Tagespflege wahrnehmen!**

### Hausarzt

Name ..... Anschrift .....

Telefon/Telefax ..... letzter Besuch.....

### Zahnarzt

Name ..... Anschrift .....

Telefon/Telefax ..... letzter Besuch.....

### Augenarzt

Name ..... Anschrift .....

Telefon/Telefax ..... letzter Besuch.....

### Sonstige, und zwar .....

Name ..... Anschrift .....

Telefon/Telefax ..... letzter Besuch.....

### Medizinische Angaben (nur bei sicherer Diagnose ausfüllen)

### ANLAGE 1 (Bestätigung des Arztes) BEACHTEN!

- Dialysepatient  Marcumarbehandlung  Schizophrenie  Angstzustände  Alzheimer/Demenz  Epilepsie
- Allergien  gestörter Tag-/Nacht rhythmus  Weglaufgefährdet  Hoher Blutdruck  niedriger Blutdruck  Schwindel
- Kontrakturen  PEG-Sonderernährung  künstliche Ausgänge  Diabetiker / Tabletten / Insulin / nichts
- Schlaganfall am.....  Herzinfarkt am.....  eingeschränkte Mobilität.....
- freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig/Beschluss-Art .....

**Körpergröße** ..... **Gewicht** .....

## Angaben zu Hilfsmitteln

Anzahl eintragen!

..... Brille(n) .....Kontaktlinsen .....Hörgeräte .....Zahnprothesen oben/unten .....sonst. Prothesen .....

..... Rollstuhl .....Nachtstuhl .....Gehbock .....Gehwagen .....Gehstock .....Korsett .....Kompressionsstrümpfe

..... Sonstiges .....

davon Privateigentum / Krankenkasse / Leihgerät

## Gewohnheiten / Interessen / Charaktereigenschaften

Vorlieben und Abneigungen / Aufsteh- und Zubettgehzeiten / Essen und Trinken / Hobby und frühere Tätigkeit usw.

## Checkliste über Anlagen zur Antragstellung

BITTE ALLE UNTERLAGEN IN KOPIE EINREICHEN!

- Bewilligungsbescheid der Pflegekasse über das Pflegegeld / die Pflegestufe
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht / notarielle Vollmacht
- Betreuerausweis
- Bestätigung des Arztes (Anlage 1)

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Erhebung und Verarbeitung vorstehender Angaben (Daten) ein.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Anlage 1: Bestätigung des Arztes

Herr / Frau ..... geboren am .....

Wohnsitz .....

hat die

teilstationäre Aufnahme in der Tagespflege möglichst ab .....  
beantragt.

### 1. Diagnosen

.....  
.....

### 2. Hilfsmittel:

Rollstuhl  Rollator/sonst. Gehhilfen  Prothesen/Orthesen  Inhalator/Sauerstoffgerät  
 Stützschiene/Korsett

### 3. Hat der Antragsteller eine ansteckungsfähige Krankheit (z. B. MRSA, Hep.C oder Lungentuberkulose)?

Nein

Ja, und zwar

.....

### 4. Weitere Medizinische Angaben

Dialysepatient  Marcumarbehandlung  Schizophrenie  Angstzustände  Alzheimer/Demenz

Epilepsie  Allergien  Herzschrittmacher  Weglaufgefährdet  Schmerzpatient

Schwindel  PEG/Portkatheter  Suchterkrankung  künstliche Ausgänge

Schlaganfall am.....  Herzinfarkt am.....

eingeschränkte Mobilität.....

freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig/Beschluss-Art .....

Impfstatus:

Tetanus  Gripeschutzimpfung  Pneumokokkenimpfung

am: .....

am: .....

am: .....

Sonstiges: .....

Bestätigung des Arztes: Die Vollständigkeit und Richtigkeit vorstehender Angaben wird bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift