



## Anfrage Wohnanlage

<b>Vor- und Zuname</b>		<b>Geburtsname</b>	
<b>Adresse</b>			
<b>Geburtsdatum/-ort</b>			
<b>Familienstand</b>		<b>Konfession</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>

<b>Krankenkasse</b>		<b>Mitgliedsnummer:</b>	
<b>Pflegegrad</b>		<b>Liegt eine Bestätigung einer Demenz vor?</b>	
<b>Ambulanter Pflegedienst</b>			

<b>Angehörige 1.</b>	<b>Name</b>			
	<b>Straße/PLZ/Ort</b>			
	<b>wie verwandt</b>		<b>Tel.</b>	
<b>2.</b>	<b>Name</b>			
	<b>Straße/PLZ/Ort</b>			
	<b>wie verwandt</b>		<b>Tel.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Betreuer</b> <input type="checkbox"/> <b>Bevollmächtigter</b>	<b>Name</b>		<b>Tel.</b>	
	<b>Straße/PLZ/Ort</b>			

<b>Pflege-Indikationen</b>	<input type="checkbox"/> gehbehindert: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl			
	<input type="checkbox"/> bettlägerig: <input type="checkbox"/> steht gelegentlich auf <input type="checkbox"/> sitzt im Bett <input type="checkbox"/> vollständig			
	<input type="checkbox"/> zeitl. u. räuml. orientiert: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> völlig desorientiert			
	<input type="checkbox"/> Besonderheiten: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/>			
<b>Hausarzt</b>	<b>Name</b>		<b>Tel.</b>	
	<b>Straße/PLZ/Ort</b>			

<b>Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen</b>			
<b>Lfd. Einkommen *</b>	ca. .... € ( z.B.: Rente, Witwenrente, Mieteinkünfte und ähnliches)		
<b>Kostenträger</b>	Wird kommunale Unterstützung bezogen oder beantragt? Wenn ja, welche Stelle ist zuständig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Name, Anschrift, Tel.:</b>			

\* freiwillige Angabe

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit  
 Unterschrift des Aufzunehmenden

<b>Ort</b>		
<b>Datum</b>		