



**3.2.3KZP/VW Anmeldeformular-Langzeitpflege AHF und AHK**

**Anmeldeformular zur Langzeitpflege**       Kronenhaus am Südring

Haus Fürstenwall

**Angaben zur Person:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Konfession.: \_\_\_\_\_

Fam.-Stand: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

**Angaben zum:**     **Ehepartner**       **Angehörige**       **Lebenspartner**       **Sonstige**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Eigenschaft als: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung vorhanden:**     **JA**                       **NEIN**                       **unbekannt**

Wenn ja, bitte Kopie einreichen!

**Angaben zum/zur Betreuer/in oder Vorsorgebevollmächtigter**

**amtl. Betreuer für:**

**Vorsorgebevollmächtigter für:**

Gesundheit     Finanzen     Aufenthaltsbestimmung     Vorsorgevollmacht

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

KoVerw	Bearbeiter	Änderungsst.	Datum	Seite
	EL/PDL/VW	8	07.02.2019	3.2.3 -1
genehmigt	BL/HL			von 2

**Gesundheitsfragen:**

Therapieunterstützende Sauerstoffgabe erforderlich ?  Ja  Nein  
**Verordnete Menge:** \_\_\_\_\_

Infektionen ?  Ja  Nein  
 (wenn ja – welche): \_\_\_\_\_

Immobil? (bettlägerig?)  Ja  Nein

Besonderheiten, die für die Versorgung/Pflege/Unterbringung relevant sind – wie z.B. (Adipositas, Fremd-/Eigengefährdung, dauernde Aufsicht erforderlich, Hinlauftendenzen)  Ja  Nein

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich?  Ja  Nein  
*Hierzu zählt auch das „Hochstellen“ des Bettgitters, Feststellung des Tablett am Rollstuhl wenn es sich nicht um einen Fallschutz handelt muss uns vom Amtsgericht der Beschluss vorliegen!*

**Erhöhter Betreuungsaufwand (Demenz) nach § 43 b SGB XI**  Ja  Nein  nicht bekannt

**Administrative Fragen:**
**Kostenträger für den Eigenanteil (Unterkunft & Verpflegung)**

Selbstzahler für den Eigenanteil     Sozialamt     Beihilfeberechtigt (z.B. Beamte)  
 Heimnotwendigkeit:     liegt vor     liegt nicht vor     nicht bekannt

**Ist eine Haftpflichtversicherung vorhanden?**  Ja  Nein

**Aufnahme durch:**     Krankenhaus     Privat/Wohnung

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragsstellers : \_\_\_\_\_

KoVerw	Bearbeiter	Änderungsst.	Datum	Seite
	EL/PDL/VW	8	07.02.2019	3.2.3 -1
genehmigt	BL/HL			von 2