



Angaben zur Prüfung einer Aufnahme

Anhand Ihrer Angaben prüfen wir ob eine Aufnahme erfolgen kann, und welche Formalitäten notwendig sind.

A. Allgemeine Angaben zur Person (Bewerber/Bewerberin)

Vor- und Zuname

Straße + Haus-Nr.

PLZ + Ort

Telefon

Geschlecht

Geburtsdatum

Gewicht u. Größe

Gewünschter Eintrittstermin

Langzeitaufenthalt JA/NEIN

Kurzzeitaufenthalt

Pflegegrad

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Aufenthalt von.....bis.....
1 2 3 4 5

B. Mobilität des zu Betreuenden

eingeschränkt weil,

Rollstuhl / Stock / Rollator

nicht mobil (bettlägerig)

Lagerung notwendig?

Name der Krankenversicherung

Rollstuhl <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> kann mithelfen <input type="checkbox"/> nicht mithelfen <input type="checkbox"/>
Privat versichert

aktueller Familienstand _____**C. Rentenansprüche und Krankenversicherung**a. nur aus Heimatland, z.B. Deutschland JA NEIN

b. falls Nein, wo bestehen weitere Rentenansprüche (Land)? _____

c. freiwillig gesetzlich krankenversichert JA Nein **D. Land in dem der Antragsteller geboren ist (Nationalität):**



E. gesundheitliche Einschränkungen

Vorhandene Inkontinenz

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Windelträger Katheter

Demenz / Alzheimer (Stadium)?

Sprachstörung? / Hörstörung ?

Einschränkung beim Essen / Sonde?

Sehstörung

Hilfe b. Trinken und Essen notwendig?

Sonstige Einschränkungen?

Nachteilsatz erforderlich ?

Ja Nein

Neigt zu Gewalttätigkeiten

Ja Nein

F. Erkrankungen des Bewerbers/in

Bluthochdruck

Diabetes (Typ)

Herzinsuffizienz

Allergien

Parkinson

G. Sonstige Erkrankungen, insbesondere psychische?

H. Vorlieben des zu Betreuenden

Spazieren gehen (in Begleitung?)

Fernsehen, welche Filme

Literatur, welche?

Speisen Allergien?

Getränke Allergien?

Hobbys + Sonstiges

**I. Wohnkategorie**

Bewerber kommt mit Lebenspartner

Ja Nein

Partnerzimmer 2 x Einzelzimmer

Ja Nein

Gemeinsames Zimmer

Ja Nein

1 oder 2-Bettzimmer gewünscht

1 2

Eigene Möbel erwünscht?

Ja Nein

I 1. Sonstige Besonderheiten**I 2. Beschreiben Sie bitte den Interessenten** (Charakteristik, ehem. Beruf, Interessen)**J. Aktuelle Medikamentenliste**

K. Andere Sprachen, die hilfreich bei der Kommunikation sein können?

**L. Wer hat die vorstehenden Angaben gemacht?**

Vor- und Zuname

Straße + Haus-Nr.

PLZ + Ort

Telefon

Email Adresse

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Bewerber/zur Bewerberin?

N. Liegt für den Bewerber eine Vorsorge-,/Versorgungs-, Betreuungsvollmacht vor?Ja Nein **O. Welchen Umfang hat die Vollmacht?****P. Weitere Angaben, die Ihnen wichtig erscheinen:**

Alles was die Integration des Antragstellers in die Senioren pension vereinfachen, was zum Wohlfühlen beitragen und von Bedeutung sein könnte notieren Sie uns bitte hier:

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe
Senioren pension Littengrün s.r.o.

Mit der Nutzung dieses Formulars erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.