Anhand Ihrer Angaben in diesem Bogen prüfen ob eine Aufnahme erfolgen kann und welche Aktivitäten notwendig sind bei der Krankenkasse.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Allgemeine Angaben zur Person (BewerberIN)** | | | | | | | | | | | |
| Vor- und Zuname | | | |  | | | | | | | |
| Straße + Haus-Nr. | | | |  | | | | | | | |
| PLZ + Ort | | | |  | | | | | | | |
| Telefon | | | |  | | | | | | | |
| Geschlecht | | | |  | | | | | | | |
| Geburtsdatum | | | |  | | | | | | | |
| Gewicht u. Größe | | |  | | | | | | | |
| Gewünschter Eintrittstermin | | |  | | | | | | | |
| Langzeitaufenthalt JA/NEIN | | |  | | | | | | | |
| Kurzzeitaufenthalt | | | Ja  Nein      Kurzzeitaufenthalt von…..bis……. | | | | | | | |
| Pflegegrad | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | |  | | | | | | |
| **B. Mobilität des zu Betreuenden** | | | |  |  | |  | | | | |
| eingeschränkt weil, | | | |  | | | | | | | |
| Rollstuhl / Stock / Rollator | | | | Rollstuhl  Stock  Rollator | | | | | | | |
| nicht mobil (bettlägerig) | | | | Ja  Nein | | | | | | | |
| Lagerung notwendig? | | | | Ja  Nein  kann mithelfen  nicht mithelfen | | | | | | | |
| Name der Krankenversicherung | | | | Zusatzversicherung? | | | | | | | |
| **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 krankenversichertJA  Nein  **M. Land in dem der Antragsteller geboren ist (Nationalität):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **D. 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? | | | |  | | | | | | | |
| Nachteinsatz erforderlich ? | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| Neigt zu Gewalttätigkeiten | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| **E. Erkrankungen des zu Betreuenden** | | | | | | | | | | | | |
| Bluthochdruck | | | |  | | | | | | | | |
| Diabetes (Typ) | | | |  | | | | | | | | |
| Herzinsuffizienz | | | |  | | | | | | | | |
| Allergien | | | |  | | | | | | | | |
| Parkinson | | | | | | | | | | | | |
| **F. Sonstige Erkrankungen, insbesondere psychische?** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **G. Vorlieben des zu Betreuenden** | | | |  | |  | | |  | |  | |
| Spazieren gehen (in Begleitung?) | | | |  | | | | | | | | |
| Fernsehen, welche Filme | | | |  | | | | | | | | |
| Literatur, welche? | | | |  | | | | | | | | |
| Speisen Allergien? | | | |  | | | | | | | | |
| Getränke Allergien? | | | |  | | | | | | | | |
| Hobbys + Sonstiges | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **H. Wohnkategorie** | | | |  | |  | | |  | |  | |
| Bewerber kommt mit Lebenspartner | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| Partnerzimmer 2 x Einzelzimmer | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| Gemeinsames Zimmer gewünscht 1-Bettzimmer | | | | Ja  Nein             Ja  Nein | | | | | | | | |
| Platz in 2-Bettzimmer | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| Apartment mit Pflegeleistungen | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| Apartment Betreutes Wohnen | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
| Bungalow Betreutes Wohnen | | | | Ja  Nein | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
| Tierhaltung erwünscht? (nur im Bereich Betreutes Wohnen möglich) | | | | JA  Nein  Welches Tier? Größe cm | | | | | | | | |
| Eigene Möbel erwünscht? | | | | JA  NEIN | | | | | | | | |
| Privatunterkunft gewünscht? | | | | 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. Vor- und Zuname der Mutter des Antragstellers: (nur ausfüllen für Ungarn)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 **M. Wer hat die oben genannten Angaben gemacht?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vor- und Zuname | |  |
| Straße + Haus-Nr. | |  |
| PLZ + Ort | |  |
| Telefon | |  |
| 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. Name, Vorname und Adresse des/der Betreuers/Bevollmächtigten:** | | | |
|  | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**Q. Weitere Angaben, die Ihnen wichtig erscheinen:**Alles was die Integration des Antragstellers in das Domizil vereinfachen, was zum Wohlfühlen beitragen und für ein würdevolles Leben von Bedeutung sein könnte notieren Sie uns bitte hier:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Vielen Dank.  
Ihr Team von SeniorPalace  
**Version 2020**