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? |       |
| SehstörungHilfe 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 gewünscht1-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 Siezum 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**