



# Unverbindlicher Anmeldebogen

## Persönliche Daten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand/Konfession \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail \_\_\_\_\_

## Derzeitige Lebenssituation

- Ich lebe alleine  Ich lebe bei Angehörigen
- Ich lebe im Wohneigentum  Ich lebe zur Miete (Kündigungsfrist? \_\_\_\_\_)
- Versorgung durch ambulanten Pflegedienst \_\_\_\_\_ x am Tag
- andere Pflegeeinrichtung (Adresse) \_\_\_\_\_

## Angehörige/Vertrauensperson (Name, Telefon, E-Mail)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Bevollmächtigte Person, sofern vorhanden (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Gerichtliche Betreuung**, sofern vorhanden

(Name, Anschrift, E-Mail, Aufgabenkreis, wenn möglich Kopie der Urkunde)

---

---

**Hausarzt** (Name, Telefon)

---

**Pflegegrad** \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/Pflegekasse** (Name, Anschrift, Telefon, Versichertennummer)

---

---

**Zuzahlungsbefreiung**  Ja  Nein

**Vorsorgevollmacht vorhanden**  Ja  Nein

**Patientenverfügung vorhanden**  Ja  Nein

**Finanzierung des Heimaufenthaltes** (z. B. Eigenmittel oder Sozialhilfe gemäß §68 BSHG, bitte Bescheid beifügen)

---

Nur bei einer gesicherten Finanzierung kann eine Aufnahme erfolgen, ggf. werden Nachweise eingefordert.

## Pflegerische Informationen

Toilettengang  Selbstständig  mit Hilfe

Inkontinenzmaterial  Ja  Nein

Wenn „Ja“, welche Firma? \_\_\_\_\_

## Hilfsmittel oder Trainingsgeräte (Aktivrollstuhl, E-Rollstuhl, Rollator, Motomed, ...)

---

---

## Ist Hilfe erforderlich

beim Aufstehen?  Ja  Nein

bei der Körperpflege?  Ja  Nein

beim An- und Ausziehen?  Ja  Nein

beim Essen?  Ja  Nein

## Welche Therapien nehmen Sie derzeit in Anspruch?

Ergotherapie  Physiotherapie  Logopädie

## Zusätzliche Informationen

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ Wieviel wiegen Sie? \_\_\_\_\_

Wann stehen Sie in der Regel morgens auf? \_\_\_\_\_

Wann gehen Sie in der Regel abends ins Bett? \_\_\_\_\_

Halten Sie Mittagsruhe im Bett oder Sessel? Wenn Ja, in welcher Zeit? \_\_\_\_\_

## Gesundheitliche Einschränkungen

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hörvermögen             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sehvermögen             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sprachvermögen          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kognitive Veränderungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## Sonstige Angaben

Haben Sie Wünsche? Was ist Ihnen wichtig?

---

---

---

Welche Informationen wären für uns noch interessant?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Auskünfte.  
*Ihr Haus der Freunde*

