



Pflegeplatzanfrage

Einheitlicher Fragebogen des Landkreises Darmstadt-Dieburg zur Pflegeplatzsuche und ggf. Vormerkung auf der Warteliste

1. Art des gesuchten Pflegeplatzes

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	ab:	<input type="checkbox"/> schnellstmöglich
<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> beides möglich		
<input type="checkbox"/> Unterbringung in geschlossenem Bereich: Richterlicher Beschluss <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beantragt		
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege	ab:	bis:
<input type="checkbox"/> schnellstmöglich		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> beides möglich		
Grund für die Kurzzeitpflege:	<input type="checkbox"/> Verhinderung (z. B. wegen Urlaub / Erkrankung der bisherigen Pflegeperson)	
	<input type="checkbox"/> nach Krankenhausaufenthalt	
Nach der Kurzzeitpflege:	<input type="checkbox"/> ambulante Pflege zu Hause wird angestrebt	
	<input type="checkbox"/> Übergang in dauerhafte, vollstationäre Pflege	
	<input type="checkbox"/> noch ungewiss	
<input type="checkbox"/> Unterbringung in geschlossenem Bereich: Richterlicher Beschluss <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beantragt		
Sonstige Bemerkungen:		
<input type="checkbox"/> Tagespflege	ab:	<input type="checkbox"/> schnellstmöglich
Betreuungstage: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag		

2. Persönliche Daten der pflegebedürftigen Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Derzeitiger Aufenthaltsort:	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> bei Angehörigen <input type="checkbox"/> andere Einrichtung:
Telefonnummer / Mobil	
E-Mail	



3. Angaben zum Pflegegrad und zu pflegerelevanten Besonderheiten

- Es wurde noch kein Antrag auf Feststellung eines Pflegegrads gestellt.
 Das Verfahren zur erstmaligen Feststellung des Pflegegrads läuft bereits.
 Bereits feststellter Pflegegrad: 1 2 3 4 5
 Höherstufungsantrag gestellt
 Vorläufig zuerkannter Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Pflegerelevante Besonderheiten (z. B. Grunderkrankungen, Mobilitätseinschränkungen, Orientierung, Demenz (Hin- und Weglauftendenzen), Ernährung, Ausscheidung, medizinische Besonderheiten etc.)

4. Angaben zur gesetzlichen Betreuung / Bevollmächtigung

Besteht eine gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie des Betreuerausweises bitte beifügen!) <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Vorsorgevollmacht?	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie der Vollmacht bitte beigefügen!) <input type="checkbox"/> Nein
Kontaktdaten der vertretungsberechtigten Person:	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer, Handynummer	
E-Mail	
Ggf. Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person	

5. Bisherige hausärztliche Versorgung

Bisherige Hausärztin / Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon)	
---	--



6. Angaben zur Krankenkasse

Versicherungsverhältnis	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Beihilfeanspruch (Beamtenversorgung)
Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	

7. Finanzierung

Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Die Kostenübernahme durch die Pflegekasse wurde bereits beantragt. <input type="checkbox"/> Eine Kostenzusage liegt noch nicht vor. <input type="checkbox"/> Eine Kostenzusage liegt bereits vor über: € <input type="checkbox"/> Die Kostenübernahme durch die Pflegekasse wurde noch nicht beantragt.
Eigenanteil	Der Eigenanteil der Pflegekosten wird finanziert durch <input type="checkbox"/> Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> private Pflegeversicherung
Sozialamt	<input type="checkbox"/> Ein Antrag auf Kostenübernahme wird/wurde bei folgendem Sozialamt gestellt:

Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten zum Zwecke der Führung einer Warteliste sowie zur Kontaktaufnahme erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben