

Pflegeplatzanfrage

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

1. Art des gesuchten Pflegeplatzes

☐ **Vollstationäre Pflege** ab: ☐ schnellstmöglich

☐ unbefristet ☐ befristet bis:

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ beides möglich

☐ Unterbringung in geschlossenem Bereich: Richterlicher Beschluss ☐ liegt vor ☐ beantragt

☐ **Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege** ab: bis: ☐ schnellstmöglich

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ beides möglich

Grund für die Kurzzeitpflege: ☐ Verhinderung (z. B. wegen Urlaub / Erkrankung der bisherigen Pflegeperson)

☐ nach Krankenhausaufenthalt

Nach der Kurzzeitpflege: ☐ ambulante Pflege zu Hause wird angestrebt

☐ Übergang in dauerhafte, vollstationäre Pflege

☐ noch ungewiss

☐ Unterbringung in geschlossenem Bereich: Richterlicher Beschluss ☐ liegt vor ☐ beantragt

Sonstige Bemerkungen:

☐ **Tagespflege** ab: ☐ schnellstmöglich

Betreuungstage: ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ 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 festgestellter 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? ☐ Ja (Kopie des Betreuerausweises bitte beifügen!) ☐ Nein

Besteht eine Vorsorgevollmacht? ☐ Ja (Kopie der Vollmacht bitte beigefügen!) ☐ 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