

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		
☐ 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	
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:	☐ zu Hause ☐ Krankenhaus ☐ bei Angehörigen ☐ 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 beifügen!) ☐ 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	☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Beihilfeanspruch (Beamtenversorgung)
Name der Krankenkasse	
Anschrift der Krankenkasse	
Telefonnummer	
Versicherungsnummer	

7. Finanzierung

Pflegekasse	☐ Die Kostenübernahme durch die Pflegekasse wurde bereits beantragt. ☐ Eine Kostenzusage liegt noch nicht vor. ☐ Eine Kostenzusage liegt bereits vor über: € ☐ Die Kostenübernahme durch die Pflegekasse wurde noch nicht beantragt.
Eigenanteil	Der Eigenanteil der Pflegekosten wird finanziert durch ☐ Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Person ☐ private Pflegeversicherung
Sozialamt	☐ 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