

## Heimplatz-Interessentenbogen

(Die Aufnahme in die Interessentenliste erfolgt erst nach Eingang des Bogens)

Haus Bethanien  
 Haus Salem

Haus Bethesda  
 Haus Tabor

Haus Hebron  
 Haus Zion

### Heimplatzinteressent:

Name	Vorname	Geburtsname	
Geb.Datum	Geburtsort	wohnhafte Straße	
PLZ/Ort	derzeitiger Aufenthalt (Bsp: KH).Tel./Fax		
Tel. und Mobilnummer	E-Mail	Staatsangehörigkeit	Familienstand

### Angehörige/Kontaktpersonen

Name	Vorname	Wie verwandt
Straße	PLZ/Ort	Tel./Fax
E-Mail	Mobiltelefon	
Als Bevollmächtigter oder Betreuer eingesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### Kontaktpersonen

Name	Vorname	Wie verwandt
Straße	PLZ/Ort	Tel./Fax
E-Mail	Mobiltelefon	
Als Bevollmächtigter oder Betreuer eingesetzt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### Hausarzt:

Name	Adresse	Telefon
------	---------	---------

**Kostenträger:** Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?  ja  nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt:  ja  nein

### Krankenkasse/Pflegekasse

Name	Ort	Pflegegrad
------	-----	------------

## Heimplatz-Interessentenbogen

(Die Aufnahme in die Interessentenliste erfolgt erst nach Eingang des Bogens)

**Besondere Pflegesituation:** Um uns gut auf die pflegerische Versorgung vorzubereiten, bitten wir um nachfolgende Angaben:

Einzelzimmerbedarf wegen infektiöser Erkrankung  ja  nein

Sonderformat des Pflegebetts erforderlich:  
(Körpergröße über 195 cm, Gewicht über 120 kg)  ja  nein

Liegt eine Suchterkrankung vor?  
(z. B. Alkohol, Medikamente usw.)  ja  nein

Vollständiger Impfschutz Covid 19 vorhanden?  ja  nein

**Ausschlusskriterien:** Wir weisen darauf hin, dass wir gemäß unserer Heimverträge die Betreuung folgender Personengruppen nicht leisten können:

- Demenzkranke Menschen mit ausgeprägter Weglauftendenz oder starker Verhaltensauffälligkeit, die zu hoher Fremd- oder Eigengefährdung führen kann
- Beatmungspatienten oder Personen mit einem hohen behandlungspflegerischen Aufwand

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung Freunde/Bekannte

Werbung Printmedien

Ambulanten Dienst

Sozialdienst Krankenhaus

Homepage

Tagespflege

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers