**Haus Bethanien  Haus Bethesda**  **Haus Hebron**

**Haus Salem  Haus Tabor  Haus Zion**

**Interessent für : □ Heimplatz □ Tagespflege □ Betreutes Wohnen**

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

Name Vorname Geburtsname

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

Geb.Datum Geburtsort wohnhaft 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? □ ja □ nein

**Kontaktpersonen**

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

Name Vorname Wie verwandt

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

Straße PLZ/Ort Tel./Fax

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

E-Mail Mobiltelefon

Als Bevollmächtigter oder Betreuer eingesetzt? □ ja □ 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

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

□ Persönliche Empfehlung Freunde/Bekannte □ Sozialdienst Krankenhaus

□ Werbung Printmedien □ Homepage

□ Ambulanten Dienst □ Tagespflege

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

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

**Zusätzlich nur für Heimplatzinteressenten:**

**(bitte ausfüllen)**

**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: □ ja □ nein

(Körpergröße über 195 cm, Gewicht über 120 kg)

Liegt eine Suchterkrankung vor? □ ja □ nein

(z. B. Alkohol, Medikamente usw.)

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 Verhaltens-auffälligkeit, die zu hoher Fremd- oder Eigengefährdung führen kann.
* Beatmungspatienten oder Personen mit einem hohen behandlungspflegerischen Aufwand