

Interessentenbogen

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

Haus Bethanien
 Haus Salem

Haus Bethesda
 Haus Tabor

Haus Hebron
 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 _____

Interessentenbogen

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> Sozialdienst Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Werbung Printmedien | <input type="checkbox"/> Homepage |
| <input type="checkbox"/> Ambulanten Dienst | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonderformat des Pflegebetts erforderlich:
(Körpergröße über 195 cm, Gewicht über 120 kg) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt eine Suchterkrankung vor?
(z. B. Alkohol, Medikamente usw.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vollständiger Impfschutz Covid 19 vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegen Allergien/Unverträglichkeiten bzgl. Nahrungsmittel vor? (z. B. Glutenunverträglichkeit, Laktoseintoleranz etc.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- Wenn ja, welche: _____

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