

## Interessentenbogen

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

Haus Bethanien  
 Haus Salem  
 KÜP Mühlacker

Haus Bethesda  
 Haus Tabor

Haus Hebron  
 Haus Zion

Interessent für :  Kurzzeitpflegeplatz  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? <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
------	-----	------------

Versicherten Nr. \_\_\_\_\_

## 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  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

**Liegen Allergien/Unverträglichkeiten bzgl. Nahrungs-  
mittel vor?** (z. B. Glutenunverträglichkeit, Laktoseintoleranz etc.)  ja  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