

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	<b>Pflegehaus am Schloss GmbH &amp; Co KG</b>	
Dokument FOR-4.2.1-4_005	Titel: Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme Kurzzeitpflege / Langzeitpflege	gültig ab: 15.08.2023
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original Kopie: Alle	Ersetzt SOP vom: 24.10.2022

Unverbindliche Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme	
Anmeldung zur	
<input type="checkbox"/> <u>Langzeitpflege</u>	<input type="checkbox"/> <u>Kurzzeitpflege</u>  Zeitraum der Kurzzeitpflege (Datum):
<b>Ihre Daten:</b>	
O Frau / O Herr	
<b>Nachname</b>	
ggf. Geburtsname	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Geburtsort</b>	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
<b>aktueller Hauptwohnsitz:</b>	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Telefonnummer
<b>WICHTIG!</b>	<b>Email-Adresse</b> <i>(zur Rechnungsstellung unbedingt erforderlich)</i>
Werden Sie sich in der Gemeinde Wellendingen anmelden?	O ja O nein  Bitte melden Sie sich bei Heimaufnahme/ Einzug in der Gemeinde Wellendingen (Rathaus, Schloßplatz 1, 78669 Wellendingen) an.
Lebenssituation	O allein stehend O mit Ehe-/Lebenspartner O bei/mit Kindern
<b>Voraussichtliches Einzugsdatum</b>	
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?	O ja, ich bin Selbstzahler O nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen  Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der

Dokument FOR-4.2.1-4_005	Erstellt/Datum KEB/15.08.2023	Geprüft/Datum PDL/15.08.2023	Genehmigt/Datum HL/15.08.2023
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	<b>Pflegehaus am Schloss GmbH &amp; Co KG</b>	
Dokument FOR-4.2.1-4_005	Titel: Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme Kurzzeitpflege / Langzeitpflege	gültig ab: 15.08.2023
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original	Kopie: Alle Ersetzt SOP vom: 24.10.2022

	Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.
Hausarzt	
Schwerbehindertenausweis vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krankenkasse/Pflegekasse	
Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 5
Besteht bei Ihnen eine eingeschränkte Alltagskompetenz?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bestehen gerichtliche Betreuungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, für welche Bereiche?
ggf. Name und Anschrift des <b>Betreuers</b> (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen, Vor- und Zuname, Adresse angeben)	
Telefonnummer des Betreuers	
<b>E-Mail Adresse des Betreuers</b> (zur Rechnungsstellung unbedingt erforderlich)	
<b>Daten zum Einzug</b>	
Wie dringend ist die Aufnahme?	<input type="radio"/> sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind  <input type="radio"/> sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und allein nicht mehr zurecht komme

Dokument FOR-4.2.1-4_005	Erstellt/Datum KEB/15.08.2023	Geprüft/Datum PDL/15.08.2023	Genehmigt/Datum HL/15.08.2023
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	<b>Pflegehaus am Schloss GmbH &amp; Co KG</b>	
Dokument FOR-4.2.1-4_005	Titel: Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme Kurzzeitpflege / Langzeitpflege	gültig ab: 15.08.2023
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original	Kopie: Alle Ersetzt SOP vom: 24.10.2022

	<input type="radio"/> dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind  <input type="radio"/> weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung	
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, welche?	
Müssen Sie eine bestimmte Ernährungsform/Diät einhalten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, welche?	
<b>wichtige Angehörige</b>		
1.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	E-Mail Adresse	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	2.	Name / Vorname
Verwandtschaftsverhältnis		
Anschrift		
Telefonnummer		
E-Mail Adresse		
Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Was sollten wir noch unbedingt von Ihnen wissen?</b>		

Dokument FOR-4.2.1-4_005	Erstellt/Datum KEB/15.08.2023	Geprüft/Datum PDL/15.08.2023	Genehmigt/Datum HL/15.08.2023
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	<b>Pflegehaus am Schloss GmbH &amp; Co KG</b>	
Dokument FOR-4.2.1-4_005	Titel: Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme Kurzzeitpflege / Langzeitpflege	gültig ab: 15.08.2023
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original Kopie: Alle	Ersetzt SOP vom: 24.10.2022

**Datum, Ihre Unterschrift**

**ggf. Datum, Unterschrift ihres Lebens- oder Ehepartner**

**ggf. Datum, Unterschrift des Betreuers**

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind!

Dokument FOR-4.2.1-4_005	Erstellt/Datum KEB/15.08.2023	Geprüft/Datum PDL/15.08.2023	Genehmigt/Datum HL/15.08.2023
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------