

Sehr geehrter Interessent,  
bitte füllen Sie unverbindlich das vorbereitete Formblatt für die Voranmeldung gewissenhaft aus. Die personenbezogenen Daten werden erhoben und gespeichert, um ein passendes Angebot für die pflegebedürftige Person anbieten zu können.

Bei Nichtannahme oder spätestens nach 6 Monaten werden die gespeicherten Daten unwiderruflich gelöscht.

Bitte informieren Sie uns **per Email ([Warteliste@iphofen.de](mailto:Warteliste@iphofen.de))**

- vor Ablauf der 6 Monate, falls Sie weiterhin auf der Warteliste bleiben wollen
- wenn Sie von der Warteliste genommen werden wollen, weil kein Interesse mehr besteht.

**Bitte beachten Sie:**

Es kann keine Aussage darüber gemacht werden, auf welchem Platz der Warteliste gemacht ist. Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

---

Datum \_\_\_\_\_

Anfrage für eine Heimplatz für

- ☐ Dauerpflege
- ☐ Kurzzeitpflege (Aufnahmetag nur montags)

Wunschtermin: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Heimplatz für:**

Zuname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

### Kontaktperson

Zuname _____	Vorname _____	Telefon/ privat Handy _____
PLZ Wohnort _____	Straße _____	Ggf. Telefon dienstlich _____

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

☐ Pflegegrad \_\_\_\_\_ ☐ Pflegegrad beantragt am: \_\_\_\_\_

☐ Schnelleinstufung ist erfolgt \_\_\_\_\_

Liegt ein Beschluss vom Amtsgericht für die Notwendigkeit  
einer beschützten Pflege vor? ☐ ja ☐ nein

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

- ☐ Raucher/in ☐ Alkohol
- ☐ Suchtprobleme bekannt \_\_\_\_\_
- ☐ Krankenhauskeime bekannt \_\_\_\_\_
- ☐ Dauerkatheter (Blase) ☐ Suprapubischer Katheter (Bauchdeckenkatheter)
- ☐ Stoma (künstlicher Ausgang für Darm oder Harnblase)
- ☐ Dialyse ☐ Schlaganfall
- ☐ Diabetiker insulinpflichtig ☐ Diabetiker nicht insulinpflichtig
- ☐ Allergien, wenn ja welche \_\_\_\_\_

☐ Neurologische Behandlungen, wenn ja welche \_\_\_\_\_

☐ Psychiatrische Behandlung, wenn ja welche \_\_\_\_\_

- ☐ Weglauftendenz
- ☐ Sonstige Verhaltensauffälligkeiten, wenn ja welche

---

Benötigte Hilfsmittel:

- ☐ Rollstuhl      ☐ Rollator

Nachtruhe:

- ☐ schläft durch    ☐ steht manchmal auf    ☐ sehr unruhig nachts

Zeitliche Orientiertheit    ☐ ja      ☐ nein

Anmerkung:

---

Orientierung:

Örtliche Orientiertheit    ☐ ja      ☐ nein

Anmerkung:

---

Orientierung:

Personenspezifische Orientiertheit    ☐ ja      ☐ nein

Anmerkung:

---

Sonstige Angaben zu Vorerkrankungen und zur pflegebedürftigen Person:

---

---

---

---

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, Name, Tel.: _____
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, Name, Tel.: _____
(Gesetzlicher) Betreuer	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, Name, Tel.: _____

DATUM: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Nachdem Sie alle Antworten / Angaben etc. eingetragen haben,  
bitte dieses als Datei auf ihrem Computer speichern  
und anschließend als Anlagedokument (docx-Dateiformat) bzw. (pdf-Datei)  
ausdrucken und an zurücksenden, bzw. zur persönlichen Beratung mitbringen.

**Bitte aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht per e-Mail zurücksenden!**  
**Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter:**  
**<https://altenbetreuungscenterum.de/datenschutzzerklaerung>**

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Anfrage.  
Ihr TEAM des Altenbetreuungscenterum der Stadt Iphofen