

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**)

- 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 nein
 ja, Name, Tel.: _____
- Vorsorgevollmacht nein
 ja, Name, Tel.: _____
- (Gesetzlicher) Betreuer nein
 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://altenbetreuungszentrum.de/datenschutzerklaerung>**

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