



Senioreenheim Am Pfarrwald GmbH & Co. KG

Senioreenheim Am Pfarrwald GmbH & Co. KG  
Am Pfarrwald 17 – 69488 Birkenau

Telefon: 0 62 01 – 39 49 0  
Telefax: 0 62 01 – 39 49 99  
E-Mail: aph.schmidt@t-online.de  
Internet: www.aphschmidt.de

## **Anmeldung zur Heimaufnahme; Warteliste**

Vorname/ Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Geschlecht (M/W/D): \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  PG1;  PG2;  PG3;  PG4;  PG5  
Pflegetype:  Kurzzeitpflege  Vollstationär  
Unterbringung:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

### **Antragsteller/ Angehörige/ Betreuer**

Vorname/ Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Handy \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
Betreuung  Liegt vor  Liegt nicht vor  
Vollmacht  Liegt vor  Liegt nicht vor

### **Ärzte**

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Bescheinigung  Liegt vor  Liegt nicht vor  
(Ansteckende Krankheiten)

### **Erreichbarkeit bei freiem Pflegeplatz**

Telefon: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum/ Unterschrift**

## **Kurzbeschreibung des Gesundheitszustandes**

### **Hörvermögen:**

- ungestört  mäßig  schwer gestört  Ausfall

### **Sehvermögen**

- ungestört  mäßig  schwer gestört  Ausfall

### **Sprachvermögen**

- ungestört  mäßig  schwer gestört  Ausfall

### **Zeitliche Orientierung**

- eingeschränkt  uneingeschränkt

### **Räumliche Orientierung**

- eingeschränkt  uneingeschränkt

### **Personelle Orientierung**

- eingeschränkt  uneingeschränkt

### **Bad/ Dusche/ Waschen/ Teilwaschen**

- Selbstständig  mit Hilfe  volle Übernahme

### **Harn/ Stuhlinkontinenz**

- Ja  Nein  Teilweise

### **Essen /Trinken**

- Selbstständig  mit Hilfe  volle Übernahme

### **Gehen/ Stehen**

- Selbstständig  mit Hilfe  volle Übernahme  Rollstuhlfahrer  Gehrollator

### **Demenz Diagnose (Hausarzt/ KH-Bericht)**

- Ja  Nein

### **Weglauftendenz**

- Ja  Nein

### **Nächtliche Unruhe**

- Ja  Nein  Teilweise

### **Gab es in der Vergangenheit Suizidversuche**

- Ja  Nein

### **Gibt es Verhaltensauffälligkeiten (Depression, Sexuelle Enthemmung usw.)**

- Ja  Nein

**Corona geimpft**

**Einmalig**

**Zweimalig**

**Geboostert**

---

**(Kurzbeschreibung der Erkrankungen, z.B. Diabetes, Schlaganfall, Suizidversuch ....)**

**Kostenträger der Pflegekosten:  Privat**

**Amt für Soziales**

---

**Unterschrift Antragssteller/Angehörige**