



Wenn Sie Interesse an **Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege** in unserer Einrichtung haben, können Sie hiermit einen unverbindlichen Antrag stellen – wir nehmen Sie gerne in unsere Warteliste auf.

Antragsteller / Personalien		Herkunft (Wohnort)	
Name/Geburtsname	Geburtsdatum und -ort	Von wo kommen Sie? <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Krankenhaus/Reha <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Vorname	Familienstand      Konfession/Religion		
Adresse: PLZ/Ort/Straße			Nationalität/Staat
Telefon/Mobil	E-Mail		
<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegekasse für Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wurden in diesem Jahr bereits in Anspruch genommen:			

Ihre Anfrage – wofür interessieren Sie sich		
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von	bis
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	von	bis

Angehörige/Kontaktpersonen und Vollmacht	
Name, Vorname, (Verwandtschafts-) Verhältnis	Name, Vorname, (Verwandtschafts-) Verhältnis
Adresse	Adresse
Telefon/Mobil & E-Mail	Telefon/Mobil & E-Mail
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht / gesetzl. Betreuung durch:	

Finanzierung	
Selbstzahler <input type="checkbox"/> Antragsteller (zukünftiger Bewohner)	Wer kommt für nicht gedeckte Kosten auf
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag	gestellt am      bei Sozialamt in
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	

Diese Daten werden vertraulich behandelt. Ich stimme der Datenverarbeitung durch das Oberhessische Diakoniewerk zu.	
Datum der Anfrage/Voranmeldung	Unterschrift



Anfrage – Voranmeldung Kurzzeitpflege  
Teil 2: Informationen für die Pflege

Antragsteller			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Größe in m	Gewicht in kg

Krankenkasse / Pflegekasse etc.			
Name, Ort	Versicherungsnummer	Bestattungsvorsorge (-vertrag), Wunsch	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad	beantragt am	<input type="checkbox"/> wird beantragt
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis: %	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Rezeptgebühren-Befreiung	

Hausarzt/behandelnder Arzt	
Name, Adresse	Telefon

Pflegerelevante Diagnosen	ansteckende Krankheiten (z. B. welche Erreger)

Orientiertheit (geistige Verfassung)										
Personen erkennen können			Datum und Zeit wissen			wissen wo man ist (welcher Ort)			Hin-/Weglauftendenz	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verhaltensauffälligkeiten										

Selbständigkeit (körperliche Verfassung)				<b>selbst</b> (selbständig ohne Hilfe), <b>teils</b> , <b>keine</b> (ohne eigene Beteiligung)	
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine	Bemerkung	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -Gerät <input type="checkbox"/> andere:				
Toilettengang	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine		
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft	
An- / Ausziehen	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine		
Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine		
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> PEG	

Häusliche Versorgung (z. B. Pflegedienst, Tagespflege, Hilfsmittel, Versorgungspersonen)

Diese Daten werden vertraulich behandelt. Ich stimme der Datenverarbeitung durch das Oberhessische Diakoniezentrum zu.	
Datum der Anfrage/Voranmeldung	Unterschrift