



## Antrag zur Aufnahme in das Fachzentrum für Menschen mit Demenz

### 1. Personendaten

Zu- und Vornamen: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Adresse: Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Diagnosen, Krankengeschichte, Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a) Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ Wie verwandt: \_\_\_\_\_ Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Beruflich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

b) Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ Wie verwandt: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Beruflich: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### 3. Amtlicher Betreuer Bevollmächtigter

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Aufgabengebiet:  Generalvollmacht  Gesundheitsfürsorge  Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge  Postvollmacht  Vorsorgevollmacht

Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Beruflich: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

#### 4. Ärzte

##### a) Hausarzt

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

##### b) \_\_\_\_\_ arzt:

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

##### c) \_\_\_\_\_ arzt:

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

#### 5. Krankenkasse

Name, Adresse, Tel., Fax: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Von Zuzahlung befreit:  ja  nein

#### 6. Aufnahme

Vorsorgliche Anmeldung  Termin zur Aufnahme

#### 7. Kostenträger

Klient  Angehörige  Sozialamt

#### 8. Pflegeversicherung

Pflegegrad ist noch nicht beantragt  Pflegegrad ist beantragt  
 Antrag wurde abgelehnt  Bescheid liegt vor für

Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Antragsstellers

Interessent  Angehöriger  Betreuer

#### Von Verwaltung des Fachzentrums für Menschen mit Demenz auszufüllen

Aufnahme ab  Zimmer  Aufnahme zum nächstmöglichen Termin

Vorgemerkt auf Warteliste