

Antrag für einen Aufenthalt im Luisenhaus

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---|--|--------------------------------|-------------|
| Antragsteller (Gast, Bewohner) | | Name, Vorname(n) (vollständig), | | Geburtsname | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | | | |
| Anschrift PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Tel. | | | | | |
| Aufenthalt vor Aufnahme (zu Hause / im Krankenhaus, in einer Einrichtung ?) | | Name der Einrichtung, Anschrift, Telefon, Fax, Email | | | |
| Familienstand | | Konfession | | | |
| | | Kirchengemeinde | | | |
| | | Seelsorger(Name, Telefon) | | | |
| Erlerner Beruf | | Zuletzt ausgeübte Tätigkeit | | | |
| Grund der Antragstellung | | | | | |
| Dauer der Kzpf/ Aufnahme datum | | von: | | bis | Tage |
| 1. Angehöriger | | Name, Vorname, Anschrift Verwandtschaftsgrad, Anschrift, Telefon, Fax, Email | | | |
| 2. Angehöriger | | Name, Vorname, Anschrift, Verwandtschaftsgrad, Anschrift, Telefon, Fax, Email | | | |
| Betreuung | <input type="checkbox"/> ja | Gesundheitsfürsorge | | Heimangelegenheiten | |
| | <input type="checkbox"/> nein | Aufenthaltsbestimmung | | Unterbringung | |
| | | Geltendmachung von Ansprüchen | | Behördenangelegenheiten | |
| | | Vermögensfürsorge | | | |
| Betreuer (Nachweis) | | Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad, Anschrift, Telefon, Fax Email , Nachweis | | | |
| Vollmacht | <input type="checkbox"/> ja | Art der Vollmacht (Nachweis) | | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| Bevollmächtigter (Nachweis) | | Name, Vorname, Anschrift, Verwandtschaftsgrad, Anschrift, Telefon, Fax Email , Nachweis | | | |
| Untervollmacht (bei Abwesenheit des Betreuers / Bevollmächt.) | | Name, Vorname, Anschrift Verwandtschaftsgrad, Anschrift, Telefon, Fax Email , Nachweis | | | |
| Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> ja | | | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| Bevollmächtigter (Nachweis) | | Name, Vorname, Anschrift, Verwandtschaftsgrad, Anschrift, Telefon, Fax Email , Nachweis | | | |
| Hausarzt | | Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Fax Email | | | |
| Fachärzte | | | | | |

Antrag für einen Aufenthalt im Luisenhaus

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Pflegekasse | Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Fax Email | | | | KV-Nr.: | |
| Genehmigung Kzpf | von | | | | bis | |
| Pflegestufe | Amb. | | seit | | beantragt seit? | |
| | Stat | | seit | | beantragt seit? | |
| Erhalten Sie zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 SGB XI | | | | | | |
| MDK-Begutachtung | Wann? | | | | | |
| Besteht ein Versorgungsvertrag mit einem Sanitätshaus? | Name, Anschrift, Telefon | | | | Vertrag von _____ bis _____ | |
| Fußpflege | Friseur | | | | Beerdigungsinstitut | |
| Name, Anschrift, Telefon | Name, Anschrift, Telefon | | | | Name, Anschrift, Telefon | |
| Physiotherapie | Ergotherapie | | | | Amb. Pflegedienst | |
| Name, Anschrift, Telefon | Name, Anschrift, Telefon | | | | | |
| Besonderheiten | <input type="checkbox"/> | Körperliche Behinderungen | | | <input type="checkbox"/> | Allergien |
| | <input type="checkbox"/> | Geistige Behinderungen | | | <input type="checkbox"/> | Dialyse |
| | <input type="checkbox"/> | Insulin | | | <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz |
| | <input type="checkbox"/> | Diabetiker | | | <input type="checkbox"/> | Harninkontinenz |
| | <input type="checkbox"/> | Herzschrittmacher | | | <input type="checkbox"/> | Katheter |
| | <input type="checkbox"/> | Gerinnungsstörung | | | <input type="checkbox"/> | Anus Praeter |
| | <input type="checkbox"/> | Krampfleiden | | | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | PEG | | | <input type="checkbox"/> | |
| Verwirrtheit Desorientierung Demenz | Probleme | | Ohne | | Zeitweise | Ständige |
| | Zeitlich | | | | | |
| | Örtlich | | | | | |
| | Persönlich | | | | | |
| | situativ | | | | | |
| Hilfsmittel | Besteht Unruhetendenz | | Am Tag | | In der Nacht | |
| | <input type="checkbox"/> | Brille | | <input type="checkbox"/> | Rollstuhl | |
| | <input type="checkbox"/> | Kontaktlinsen | | <input type="checkbox"/> | Gehwagen | |
| | <input type="checkbox"/> | Hörgerät | | <input type="checkbox"/> | Gehbock | |
| | <input type="checkbox"/> | Zahnprothese | Oben | <input type="checkbox"/> | Gehstock | |
| | <input type="checkbox"/> | | Unten | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | Ernährungspumpe | | <input type="checkbox"/> | Toilettenstuhl | |
| | <input type="checkbox"/> | Prothese | | <input type="checkbox"/> | Antidekubitusmatratze | |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Inkontinenzversorgung | Am Tag | Produkt Größe | | | Menge | Am Tag |
| | nachts | | | | | nachts |
| Hinweise / Bemerkungen | | | | | | |
| | | | | | | |
| Datum, Unterschrift des Antragstellers | | | | | | |