

|                                           |                 |
|-------------------------------------------|-----------------|
| <b>Anmeldeformular Seniorenpflegepark</b> | <b>ND    HL</b> |
|-------------------------------------------|-----------------|

✉ Seniorenpflegepark GmbH „Zur Linde“  
Christian-Keimann-Straße 34, 02763 Zittau  
☎ 03583 / 552 0  
📠 03583 / 55 22 99  
@ info@spp-zl.de

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt werden müssen.

### Anmeldung zur

☐ Heimaufnahme    ☐ Kurzzeitpflege    ☐ Verhinderungspflege

Kurzzeitpflege im Zeitraum von                      bis

### Angabe nur bei Heimaufnahme

Anmeldung vorsorglich:    ☐                      Anmeldung dringlich:    ☐

Gewünschte Unterbringung

☐ Einzelzimmer            ☐ Doppelzimmer            ☐ ohne Belang

☐ Komfortzimmer (alleinige Nutzung eines Doppelzimmers)

### Persönliche Angaben (des Aufzunehmenden)

Name:                                              Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:                                      Geburtsort:

Familienstand:                                      Konfession:

Staatsangehörigkeit:

**Hauptwohnsitz** (polizeilich gemeldet)

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

**Derzeitiger Aufenthalt**☐ Häuslichkeit☐ Krankenhaus☐ Betreutes Wohnen☐ Rehaklinik☐ andere Pflegeeinrichtung☐ Kur☐ Kurzzeitpflege

Namen der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Angehörige/Bevollmächtigter**

Vor- und Zuname:

Verwandtschaftsverhältnis:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Vollmacht vorhanden:

☐ ja ☐ nein

Patientenverfügung vorhanden:

☐ ja ☐ nein

Bitte in Kopie bei Aufnahme beifügen!

**Hausarzt**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

---

**Mitbehandelnde Fachärzte**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

---

**Mitbehandelnde Fachärzte**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

---

**Mitbehandelnde Fachärzte**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

---

**Mitbehandelnde Therapeuten**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

---

**Mitbehandelnde Therapeuten**

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

---

**Besitzen Sie einen Impfstatus?**

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, dann ist bei Aufnahme der Nachweis vorzulegen.

**Pflegerische Angaben**

Kranken- bzw. Pflegekasse:

Versicherungs-Nr.:

Zuzahlungsbefreit: ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 vorhanden

Höherstufung beantragt: ☐

Der Nachweis einer Pflegebedürftigkeit ist bei der Heimaufnahme unbedingt erforderlich. Bescheid bitte beifügen!

---

**Anmeldung Kurzzeitpflege**

Ihnen stehen pro Kalenderjahr 3.539,00 € für Leistungen der Pflegeversicherung zu.

Haben Sie in diesem Kalenderjahr bereits Leistungen in Anspruch genommen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, in welcher Höhe? .....€

Den Nachweis legen Sie bitte als Kopie dem Antrag bei.

---

**Einkommensverhältnisse**

Art des Einkommens: ☐ Altersrente ☐ Witwenrente

Deckung der Heimkosten mit monatlichem Einkommen möglich?

☐ ja ☐ nein

Der aktuelle Rentenbescheid ist nur bei Heimaufnahme vorzulegen.

Ist Antrag auf Sozialhilfe nötig? ☐ ja ☐ nein

### Welche Krankheitsbilder liegen vor?

- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsie
- ☐ Inkontinenz (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz)
- ☐ IKM vorhanden
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Falithrom-Patient/in
- ☐ künstliche Ernährung
- ☐ vorhandene Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, etc.)
- ☐ Demenz
- ☐ Hin- oder Weglauftendenz
- ☐ Allergien/Unverträglichkeiten
- ☐ Dauerkatheter
- ☐ Anus praeter
- ☐ Hörgeräte
- ☐ Zahnersatz
- ☐ Suchterkrankung
- ☐ Raucher
- ☐ Bettgitter (Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen beilegen)

---

### Welche Dienstleistungen sind erwünscht?

- |                                           |                                 |                               |
|-------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verwahrgeldkonto |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> Telefon          | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> Heim |
| <input type="checkbox"/> Fernsehgerät     | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> Heim |
| <input type="checkbox"/> WLAN             |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> Frisör           |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> Fußpflege        |                                 |                               |

---

### Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift

☐ zukünftiger Bewohner/☐ Angehöriger/☐ Betreuer