

**Antragsbogen auf Tagesbetreuung in der Seniorenresidenz**

Hiermit wird ein Antrag auf Tagesbetreuung im Pflegehaus, **Seniorenresidenz Alpenpanorama GmbH**,  
Panoramastr. 10, in 79862 Höchenschwand, gestellt.

*Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus, damit eine korrekte Bearbeitung Ihrer Daten erfolgen kann. Nach Eingang und Bearbeitung ihres Antrages, werden wir uns schriftlich oder telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.*

**Persönliche Angaben:**

..... Nachname	..... Vorname	..... ggf. Geburtsname
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon
..... Geburtsdatum	..... Familienstand	..... Staatsangehörigkeit
..... Konfession	.....	.....

Ab wann ist die Tagesbetreuung gewünscht/an welchen Wochentagen

- Montag
  Dienstag
  Mittwoch
  Donnerstag
  Freitag

**Sonstiges:**

Erhalten Sie Betreuung oder Pflege auch durch andere Institutionen, z.B. Sozialstation, Essen auf Rädern, Verwandte, Nachbarn usw.

.....

.....

.....

Ist für Sie ein Wohnungs-/Haustürschlüssel hinterlegt?  ja  nein

Wenn ja, wo: .....

.....

### **Ehegatte, Angehörige/Ansprechpartner bzw. Kontaktpersonen:**

(Bitte geben Sie mit der Reihenfolge der Eintragungen an, wer von Ihren Angehörigen, von uns bevorzugt angesprochen werden soll. Unter Kontaktart geben Sie bitte das Verwandtschaftsverhältnis oder Nachbar, Freund usw. an)

**a)**

..... Nachname	..... Vorname	..... Verwandtschaftsgrad
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon/Fax
..... Handy	..... E-Mail	

**b)**

..... Nachname	..... Vorname	..... Verwandtschaftsgrad
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon/Fax
..... Handy	..... E-Mail	

**c)**

..... Nachname	..... Vorname	..... Verwandtschaftsgrad
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon/Fax
..... Handy	..... E-Mail	

Bemerkung: .....

.....

### **Betreuung/Vollmacht:**

besteht eine Betreuung:             ja             nein            (falls ja, bitte Kopie beifügen)  
gesetzlicher Betreuer für:         Vermögen    Finanzen    Aufenthaltsbestimmung    Gesundheitsfürsorge

..... Name	..... Vorname	..... Verwandtschaftsgrad
..... Straße	..... PLZ/Ort	..... Telefon/Fax/E-Mail

besteht eine Patientenverfügung:             ja             nein            **(falls ja, bitte Kopie beifügen)**

besteht eine Vorsorgevollmacht:             ja             nein            **(falls ja, bitte Kopie beifügen)**

besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag:             ja             nein            **(falls ja, bitte Kopie beifügen)**

**Krankenkasse:**

..... Name	..... Straße	..... PLZ/Ort
..... Telefon/Fax	..... Mitgliedsnummer	

**Pflegekasse:** *(falls abweichend von der Krankenkasse)*

..... Name	..... Straße	..... PLZ/Ort
..... Telefon/Fax	..... Mitgliedsnummer	

- Pflegeeinstufung ist beantragt:                             ja     nein  
Bescheid liegt vor für Pflegestufe:                  1     2     3     4     5

*(Bitte Kopie des Einstufungsbescheids beifügen)*

**Kostenträger:**

- komplette Selbstübernahme der Kosten aus laufendem Einkommen (Rente)                  ja     nein  
Zahlt die Pflegekasse in Verbindung mit Eigenanteil:      ja     nein  
Zuzahlung erfolgt durch das zuständige Sozialamt:      ja     nein

*Der Antrag muss im Voraus von der betreffenden Person gestellt werden, bitte Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen*

---

**Hausarzt:**

..... Name des Hausarztes	..... Anschrift
..... Telefon	..... Faxnummer (falls bekannt)

---

**Befreiungen:**

- besteht eine Kostenbefreiung                  ja     nein                         *(falls ja, bitte Kopie beilegen)*  
Rezeptgebühren:                                      ja     nein  
Krankentransporten:                                  ja     nein  
Sonstiges: .....
-

**Ausweise:** (bitte in Kopie dem Antrag beilegen)

Schwerbehindertenausweisnr.: ..... Gültig bis: .....

Personalausweisnr.: ..... Gültig bis: .....

Bemerkungen: .....

---

**ärztl. Diagnosen/Allergien/Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, MRSA usw.):**

(bitte Kopien der letzten Diagnosen/Befunde usw. beilegen)

.....  
.....  
.....  
.....

Letzter Krankenhausaufenthalt: .....

besteht eine Weg-/Heimlaftendenz     ja     nein

**Wünsche/Anregungen und Ergänzungen (z. B. bei der Ernährung, Vorlieben/Abneigungen, Besonderheiten usw.)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Ich/wir versichern, daß alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen und möglichst vollständig beantwortet wurden.*

*Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die gemachten Angaben, soweit sie dem Träger der Einrichtung bekannt gegeben wurden, in der EDV-Anlage gespeichert werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich bei der Pflegedienstleitung widerrufen.*

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.*

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

Falls der Antrag nicht von der aufzunehmenden Person gestellt wird, bitte auch Anschrift des Antragstellers/der Antragsstellerin angeben.

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ/Ort

.....  
Telefonnr.

.....  
E-Mail

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift