**Pflegeplatzanfrage für das Oberin von Lindeiner-Haus**

**Anfrage durch**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |  | | | | |
| Adresse: |  | | | | |
| Telefonnummer: |  | | E-Mail: |  | |
| Anfrage für: | mich selbst | eine\*n Angehörige\*n | | | eine\*n Betreute\*n |
| Datum: |  | | | | |

**Daten zur\*zum Pflegebedürftigen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |  | | | | | | | | Geburtsdatum: | | |  | | |
| Adresse: |  | | | | | | | | | | | | | |
| derzeitiger Aufenthalt: | Häuslichkeit | | | Krankenhaus | | | | | Pflegeeinrichtung seit­ | | | | |  |
| Krankenkasse: |  | | | | | Versichertennummer: | | | |  | | | | |
| Hausarzt/Hausärztin: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Fachärzte: |  | | | | | | | | | | | | | |
| derzeitiger Pflegegrad: | 2 | | 3 | | | | | 4 | | | 5 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Betreuung/Vollmacht: | ja | Name, Vorname: | | | | |  | | | | | | | |
|  | nein | | | | | | | | | | | | | |
| Einzugswunsch: | sofort | | | | zum | | |  | | | | | noch unkonkret | |

Gesundheitliche Besonderheiten, Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Wünsche:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |