**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:

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