Franziskusheim gGmbH

Anmeldung für Kurzzeitpflegeplatz im Franziskus-Carré

Gewünschter Zeitraum: von _____ bis _____ **Datum:** _____

Angaben Person

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Nationalität: _____

Adresse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Pflegegrad: _____ Pflegegrad seit: _____

Pflege-/Krankenversicherung: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Hausarzt/-ärztin: _____ Adresse: _____

Aktueller Aufenthaltsort: _____

Ansprechperson

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Verhältnis: _____ Es besteht eine: ☐ Betreuung ☐ Vollmacht ☐ Patientenverfügung

Angaben zur gesetzlichen Vertretung bzw Vorsorgebevollmächtigten:

_____

_____

Liegt Demez vor? nein ☐ ja ☐

Besteht Hinlauftendenz? nein ☐ ja ☐

Bestehen psychische Erkrankungen? Wenn ja, welche Art? _____

Ist zusätzliche Medizinische Versorgung notwendig? Wenn ja, welche Art? _____

z.B.Stoma (Kolo-/Ileo-/Uro-/Trachio-), PEG, Wundversorgung, Sauerstoff _____

Aktuelles Gewicht _____ kg

Bitte berücksichtigen Sie, dass wir keine Aufnahmen an den Wochenenden und Feiertagen durchführen!

_____ _____

Name, Vorname Unterschrift