



Erhebung zur Prüfung der Aufnahme

Anhand Ihrer Angaben in diesem Bogen prüfen ob eine Aufnahme erfolgen kann und welche Aktivitäten notwendig sind bei der Krankenkasse.

A. Allgemeine Angaben zur Person (BewerberIN)

Vor- und Zuname

Straße + Haus-Nr.

PLZ + Ort

Telefon

Geschlecht

Geburtsdatum

Gewicht u. Größe

Gewünschter Eintrittstermin

Langzeitaufenthalt JA/NEIN

Pflegegrad / Pflegestufe

1

B. Mobilität des zu Betreuenden

Eingeschränkt, weil

Rollstuhl / Stock / Rollator

nicht mobil (bettlägerig)

Lagerung notwendig?

Name der Krankenversicherung

Rollstuhl <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> kann mithelfen <input type="checkbox"/> nicht mithelfen <input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung?

aktueller Familienstand

C. Rentenansprüche und Krankenversicherung

a. nur aus Heimatland, z.B. Deutschland JA NEIN

b. falls Nein, wo bestehen weitere Rentenansprüche (Land)? _____

c. freiwillig gesetzlich krankenversichert JA Nein

M. Land in dem der Antragsteller geboren ist (Nationalität):



Erhebung zur Prüfung der Aufnahme

D. gesundheitl. Einschränkungen

Vorhandene Inkontinenz

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz
 Windelträger Katheter

Demenz / Alzheimer?
 Stadium?

Ja Nein

Status Demenz

ärztlich diagnostiziert Verdacht

Sprachstörung? / Hörstörung?

Einschränkung beim Essen / Sonde?

Sehstörung

Hilfe b. Trinken und Essen notwendig?

Sonstige Einschränkungen?

Nachteinsatz erforderlich?

Ja Nein

Neigt zu Gewalttätigkeiten

Ja Nein

2

E. Erkrankungen des zu Betreuenden

Bluthochdruck

Diabetes (Typ)

Herzinsuffizienz

Allergien

Parkinson

F. Sonstige Erkrankungen, insbesondere psychische?

G. Vorlieben des zu Betreuenden

Spazieren gehen (in Begleitung?)

Fernsehen, welche Filme

Literatur, welche?

Speisen Allergien?

Getränke Allergien?

Hobbys + Sonstiges



Erhebung zur Prüfung der Aufnahme

H. Wohnkategorie

Bewerber kommt mit Lebenspartner

Ja Nein

Partnerzimmer 2 x Einzelzimmer

Ja Nein

Gemeinsames Zimmer gewünscht
1-Bettzimmer

Ja Nein
Ja Nein

Platz in 2-Bettzimmer

Ja Nein

Apartment mit Pflegeleistungen

Ja Nein

Apartment Betreutes Wohnen

Ja Nein

Bungalow Betreutes Wohnen

Ja Nein

Tierhaltung erwünscht?
(nur im Bereich Betreutes Wohnen möglich)

JA Nein Welches Tier? Größe cm

Eigene Möbel erwünscht?

JA NEIN

Privatunterkunft gewünscht?

JA NEIN

3

I 1. Sonstige Besonderheiten

I 2. Beschreiben Sie bitte den Interessenten (Charakteristik, ehem. Beruf, Interessen)

J. Aktuelle Medikamentenliste

K. Andere Sprachen, die hilfreich bei der Kommunikation sein können?



Erhebung zur Prüfung der Aufnahme

L. Vor- und Zuname der Mutter des Antragstellers: (nur ausfüllen für Ungarn)

M. Wer hat die oben genannten Angaben gemacht?

Vor- und Zuname	
Straße + Haus-Nr.	
PLZ + Ort	
Telefon	
In welchem Verhältnis stehen Sie zum Bewerber/zur Bewerberin?	

N. Liegt für den Bewerber eine Vorsorge-/Versorgungs-, Betreuungsvollmacht vor?

Ja Nein - ist notariell oder gerichtlich beglaubigt? Ja Nein

Liegt für den Bewerber eine Patientenverfügung vor?

Ja Nein - ist notariell oder gerichtlich beglaubigt? Ja Nein

O. Welchen Umfang hat die Vollmacht?

P. Name, Vorname und Adresse des/der BetreuersIN / Bevollmächtigten:

Q. Weitere Angaben, die Ihnen wichtig erscheinen:

Alles was die Integration des Antragstellers in das Domizil vereinfachen, was zum Wohlfühlen beitragen und für ein würdevolles Leben von Bedeutung sein könnte notieren Sie uns bitte hier:

Vielen Dank.
Ihr Team von SeniorPalace
Version 2025