

Vormerkung für das **Kreisaltenheim Garatshausen**
 BRK Seniorenheim Gilching

Ihr Ansprechpartner: Herr Tobias Lechner
Tel.: 08158 / 933-105 bzw. Fax: 08158 / 933-108

| | | | |
|---|--|---|---------|
| Vor- und Zuname | | | |
| Geburtsname | | | |
| Adresse | Str./PLZ/Ort | Telefon | |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: | | |
| Konfession: | Familienstand: | | |
| Angehörige | a) | Name | |
| | | Str./PLZ/Ort | |
| | | Wie verwandt | Telefon |
| | b) | Name | |
| | | Str./PLZ/Ort | |
| | | wie verwandt | Telefon |
| Betreuer (nach Betreuungsrecht) | Name | | |
| | Str./PLZ/Ort | Telefon | |
| Krankenkasse | | | |
| Pflegestufe | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Antrag <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | | |
| Kostenübernahme | <input type="checkbox"/> bin Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag ist gestellt | | |
| Werden Sie schon von einem amb. Pflegedienst betreut | <input type="checkbox"/> Ja Name des Pflegedienstes: _____ Telefonnummer: _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> zur Not Doppelzimmer | |
| Aufnahmewunsch | <input type="checkbox"/> sobald wie möglich <input type="checkbox"/> zu einem späteren Zeitpunkt, voraussichtlich in _____ Monaten. | | |

| Pflegebedürftigkeit | Fähigkeiten | Einschränkungen |
|---|--------------------|------------------------|
| Sich bewegen | | |
| Sich pflegen | | |
| Essen und Trinken | | |
| Ausscheiden | | |
| Sonstiges (Demenz, Weglaufgefahr...) | | |