


	Diakonie Pflege Mönchengladbach gGmbH	
	Anmeldeformular Servicewohnen	

Anmeldung:

gewünschte Wohnform: Appartement Wohnung

gewünschter Zeitpunkt: sofort später:

1. Personalien:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname _____

Geburtsort: _____ Kreis: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Anzahl der Kinder: _____

Konfession: ev. rk. sonstige: _____

Staatsangehörigkeit: _____

2. Wohnsitz:

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt: _____

3. Krankenkasse/Pflegekasse:

Mitgliedsnummer: _____

Version 1	Erstellt	Geprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum 08.03.23	03.2023	03.2023		2018	1 von 6
Funktion	Verwaltung	Fr. Mackes		Verwaltung	


Angaben zur Pflegeversicherung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Es wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt
 Eine Leistungszusage der Pflegeversicherung liegt vor
- und zwar für folgenden Pflegegrad: für Pflegegrad 1
 für Pflegegrad 2
 für Pflegegrad 3
 für Pflegegrad 4
 für Pflegegrad 5
- Ein Antrag auf Höherstufung wurde bereits gestellt,
 wenn ja am _____

4. Mit wem ist im Notfall Rücksprache zu führen?

	1.	2.	3.
Name:			
Vorname			
Wie verwandt?			
Straße:			
PLZ/Ort:			
Tel-privat:			
Weitere Tel-Nr.:			

Version 1	Erstellt	Geprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum 08.03.23	03.2023	03.2023		2018	2 von 6
Funktion	Verwaltung	Fr. Mackes		Verwaltung	

	Diakonie Pflege Mönchengladbach gGmbH	
	Anmeldeformular Servicewohnen	

5. Betreuer-/in gemäß § 1896 BGB:
(Kopie der Betreuungsurkunde beifügen)

Bevollmächtigte-/r:
(Kopie der Vollmacht beifügen)

Name:		Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefon:		Telefon:	

Aufgabenkreis:

Vermögenssorge Aufenthalt Gesundheit Post

Sonstiges : _____

6. ärztliche Versorgung durch (Hausarzt):

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

7. Erklärung zur Finanzierung

Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens:

Betrag:

Version 1	Erstellt	Geprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum 08.03.23	03.2023	03.2023		2018	3 von 6
Funktion	Verwaltung	Fr. Mackes		Verwaltung	

Welche Hilfestellungen benötigen Sie?

(z. B. einkaufen, Wohnung reinigen etc.)

Gibt es körperliche Einschränkungen hinsichtlich

Kommunikation/Hilfsmittel/Diagnose:

Sinne/Hilfsmittel/Diagnose:

(z. B. Schwerhörigkeit, Sehbehinderung)

Bewegung/Hilfsmittel/Diagnose:

(z. B. Gangunsicherheit, Stürze)

Essen und Ausscheidungen/Hilfsmittel/Diagnose:

(z. B. Schluckstörungen, Inkontinenz)

Version 1	Erstellt	Geprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum 08.03.23	03.2023	03.2023		2018	4 von 6
Funktion	Verwaltung	Fr. Mackes		Verwaltung	

Gibt es psychische Einschränkungen?

Desorientierung/Diagnose/Medikation

Depression

Suizidgefährdung/Diagnose/Medikation


Schlaf-, Angst- oder Wahrnehmungsstörungen/Diagnosen/Medikation

Welche weiteren Erkrankungen liegen vor?

(z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen)

Medikation:

Version 1	Erstellt	Geprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum 08.03.23	03.2023	03.2023		2018	5 von 6
Funktion	Verwaltung	Fr. Mackes		Verwaltung	

	Diakonie Pflege Mönchengladbach gGmbH	
	Anmeldeformular Servicewohnen	

**Wurden Operationen durchgeführt?
(wenn ja, welche und in welchem Jahr?)**

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir beraten Sie gerne!

(Ort/Datum)

(Unterschrift Antragsteller/-in)

(Unterschrift Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-r)

Bemerkungen:

Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung.
Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.

Version 1	Erstellt	Gepprüft	Freigabe	Revision	Seite
Datum 08.03.23	03.2023	03.2023		2018	6 von 6
Funktion	Verwaltung	Fr. Mackes		Verwaltung	