



Paul Gerhardt
Pforzheim

Vormerkantrag
Aufnahmebogen

- Pflegeheim (Langzeitpflege)
- Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege
- Tagespflege
- Betreutes Wohnen
- ambulant unterstütztes Wohnen

Beginn geplant ab: _____

von _____ bis _____

Verein für Pflege und Betreuung
Paul Gerhardt e.V. Pforzheim
Frankstr. 83, 75172 Pforzheim
Telefon 07231 49 04-0
Telefax 07231 49 04-540
www.seniorenzentrum-pg.de
info@verein-pg.de

Name	Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort	(früherer) Beruf
Straße	PLZ / Ort	Telefon / Mobil
Konfession	Staatsangehörigkeit	Familienstand

Derzeitiger Aufenthaltsort

zu Hause im Krankenhaus in Reha in _____

Angehörige*r / Kontaktpersonen

a) Name	Vorname	Verwandtschaftsgrad
Straße	PLZ / Ort	Telefon / Mobil
E-Mail/ Fax		

b) Name	Vorname	Verwandtschaftsgrad
Straße	PLZ / Ort	Telefon / Mobil
E-Mail / Fax		

General- / Vorsorgevollmacht

- General- / Vorsorgevollmacht wer? _____
- Betreuung
- beantragt

Gewünschte Wohnform (für Pflegeheim / Kurzzeitpflege / Betreutes Wohnen)

Einzelzimmer Doppelzimmer 1-Zi.-Whg. 2-Zi.-Whg. 3-Zi.-Whg.

Gewünschte Anwesenheitstage (für Tagespflege)

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag. Freitag

Transport/ Fahrdienst gewünscht ja nein

Welcher ambulante Pflegedienst ist bzw. war für Sie tätig? (für Tagespflege)

Name	Anschrift	Telefon/ Fax
------	-----------	--------------

Krankenkasse

Name	Versicherungsnummer
------	---------------------

Pflegeversicherung

Pflegeeinstufung/ Höherstufung ist beantragt ja nein

Pflegegrad

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 seit _____

Rezeptgebührenbefreit ja nein (wenn ja Kopie der Befreiung)
Beihilfeberechtigt ja nein (wenn ja Kopie vom Beihilfeanbieter)

Kostenträger

Selbstzahler Sozialamt Sonstige _____

Hausarzt

Name	Anschrift	Telefon/ Fax
------	-----------	--------------

Covid

Schutzimpfung vorhanden? (**Nachweis**) ja nein Datum 2. Impfung _____
 genesen Datum Impfung _____

Schutzimpfung gewünscht? (ab DP) ja nein

Besondere Wünsche und Anregungen

Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellenden
-------------	-----------------------------------

Angehörige*r Betreuer*in Bewohner*in