

Anfrage für einen Pflegeplatz

Gewünschte Leistung	
<input type="checkbox"/> Kurzzeit- / Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege (Dauerpflege)	
Gewünschter Einzugstermin	Falls Termin nicht möglich ist <input type="checkbox"/> Bitte in die Warteliste aufnehmen
Grund für die Aufnahme	
Angaben zur Person mit Pflegebedarf	
Vor- und Zuname (ggf. Geburtsname)	
Geburtsdatum	Geburtsort
Familienstand	Staatsangehörigkeit
Wohnort	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ortsname
Aktueller Aufenthaltsort	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Reha-Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Name der Einrichtung	
Ansprechpartner:in	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Bisheriger Hausarzt	
Praxisname	
Postleitzahl (PLZ)	Ort
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Angaben zur Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	
Gesetzliche Krankenkasse	
Name und Sitz Ihrer privaten Krankenversicherung	
Angaben zur Pflegeversicherung	
Liegt ein Pflegegrad bereits vor?	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 wurde festgestellt <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 wurde festgestellt <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 wurde festgestellt <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 wurde festgestellt <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 wurde festgestellt <input type="checkbox"/> Es liegt kein Pflegegrad vor <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad, aber Pflegegradeinstufung wurde beantragt	
Datum der Beantragung	Beantragte Eileinstufung durch eine Klinik? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Datum der Pflegegradeinstufung	
Kostenträger für Eigenanteil	
<input type="checkbox"/> Eigenes Einkommen und Vermögen <input type="checkbox"/> Sozialamt	

Vorsorgevollmacht oder Rechtliche Betreuung

- Vorsorgevollmacht
 Rechtliche Betreuung
 Nicht bekannt

Angaben zur berechtigten Person

Vor- und Zuname (ggf. Geburtsname)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl (PLZ)

Ortsname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Weitere An- bzw. zugehörige Person

Vor- und Zuname

Beziehung zur zu pflegenden Person

Straße und Hausnummer

Postleitzahl (PLZ)

Ortsname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Anfrage erfolgt durch diese Person	
Vor- und Zuname	
Beziehung zur zu pflegenden Person	
<input type="checkbox"/> Angehörige/r <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Rechtliche/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Andere	
Übernahme der Daten...	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl (PLZ)	Ortsname
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Ort	Datum
Feld für handschriftliche Unterschrift	

Beratung und Information

Online-Seniorenwegweiser

Dieses Formular sowie eine Übersicht der Pflegeeinrichtungen finden Sie auch online im Seniorenwegweiser für den Landkreis Miltenberg auf der Seite

<https://senioren.landkreis-miltenberg.de/Startseite.aspx> >> Wohnen im Alter

Persönliche Beratung und Information

Beratung und Information rund um Themen im Alter, bei Krankheit und Pflege erhalten Bürgerinnen und Bürger aus dem Landkreis Miltenberg auch kostenfrei, individuell und unabhängig bei der

Beratungsstelle für Senioren und pflegende Angehörige e. V. (BSA e. V.)

Zentrale Telefon-Nummer: 09371 669 4920

E-Mail: info@seniorenberatung-mil.de

Büro Miltenberg, Brückenstraße 19, 63897 Miltenberg

Büro Obernburg, Untere Wallstraße 24, 63785 Obernburg

Büro Stadtprozelten - Termine 14-tägig nur nach Vereinbarung, Hauptstraße 131,
63909 Stadtprozelten

Weitere Informationen: www.seniorenberatung-mil.de