Name:	Kinderzahl / Geschlecht:
Vorname:	Enkelzahl / Geschlecht:
Geburtsdatum:	Geschwisterzahl / Geschlecht:
Geburtsort:	Konfession:
Staatsangehörigkeit:	Muttersprache:
Anmeldedatum:	
Wer ist im Todesfall zu informieren:	Wer kümmert sich um den Nachlass:

Diagnose:

Ansteckende Krankheit(en):
☐ nein ☐ wenn ja, welche:

Derzeitiger Aufenthalt:

Ansprechpartner/in:
Telefonnummer:

Gesuchte Wohnform: ☐ geschützt ☐ offen ☐ Kurzzeitpflege

Besteht eine gesetzliche Betreuung: ☐ ja ☐ nein ☐ ist angeregt am _____

Amtsgericht: Az.:

Umfang der Betreuung: ☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht ☐ Gesundheitsfürsorge
☐ Vermögensfürsorge ☐ Alle Angelegenheiten

Ist eine Maßnahme zur Einschränkung der Freiheit notwendig:
☐ nein ☐ wenn ja, welche: ☐ Fixierung ☐ geschlossene Unterbringung Gültig bis: _____

Betreuer/in/Vorsorgebevollmachtigte/r:	Nächste/r Angehörige/r:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
Mobilnummer:	Mobilnummer:

Derzeitige/r Hausarzt/-ärztin:

Telefon: Fax: Mobilnummer:

Pflegegrad (Kopie beifügen): beantragt am: _____ Covid-Impfstatus: ☐ geimpft ☐ nicht geimpft

Krankenkasse:	Versichertennummer:

Stationäre Heimnotwendigkeit: ☐ liegt vor (Kopien beifügen) ☐ folgt

Bestätigung über Stellung eines Sozialhilfegrundantrages beim zuständigen Kostenträger:

☐ liegt bei ☐ folgt ☐ nicht erforderlich

Datum, Unterschrift:

Rücksendung: Fax 0231 4503-5408 oder

E-Mail: Sozialdienst-LWL-Pflegezentrum-dortmund@lwl.org