



## Fragebogen zur Heimaufnahme für Personen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahrs in Pflegeeinrichtungen

(bitte Zutreffendes ankreuzen  bzw. ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Pflegeeinrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift des Betreuers / der Betreuerin \_\_\_\_\_

Aufenthalt vor der Heimaufnahme:  im eigenen Haushalt  
 im Krankenhaus  
 in einer Behinderteneinrichtung  
 in einer anderen Pflegeeinrichtung  
 \_\_\_\_\_

Ist bereits eine Pflegestufe nach dem SGB XI anerkannt?  Ja, Stufe \_\_\_  
 Nein

Wer hat die Heimaufnahme veranlasst?  Sie selbst  
 Ihr Betreuer /Ihre Betreuerin  
 der Sozialdienst des Krankenhauses  
 eine Behinderteneinrichtung  
 eine andere Pflegeeinrichtung  
 \_\_\_\_\_

In welcher Form und durch wen wurde Ihre Pflege im häuslichen Bereich bislang sichergestellt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aus welchen Gründen ist aus Ihrer Sicht die Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung zwingend erforderlich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)