



Aufnahmeantrag Ambulanter Pflegedienst

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem ambulanten Pflegedienst. Mit diesem Formular möchten wir vor dem Erstgespräch die wichtigsten Informationen erfassen. Die Angaben helfen uns dabei, Ihren Unterstützungsbedarf einzuschätzen und zu prüfen, ob wir Ihnen einen passenden Versorgungsplatz anbieten können. *Das Ausfüllen dieses Bogens stellt noch keine verbindliche Aufnahme dar.*

1. Angaben Antragssteller/-in (pflegebedürftige Person)

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon / Mobilnummer	
E-Mail-Adresse	
Pflegegrad	☐ kein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Antrag wurde gestellt am

2. Ansprechpartner / Kontaktperson

Vor- und Nachname	
Beziehung zur pflegebedürftigen Person	
Telefon / Mobilnummer	
E-Mail-Adresse	

Wer nimmt Kontakt mit uns auf?

- ☐ Pflegebedürftige Person selbst
☐ Angehörige/r
☐ Gesetzliche/r Betreuer/in
☐ Bevollmächtigte/r
☐ Sonstige:



3. Welche Unterstützung wird benötigt? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Körperbezogene Pflegemaßnahmen
- ☐ Unterstützung bei der Körperpflege
- ☐ Unterstützung beim An- und Auskleiden
- ☐ Unterstützung bei Mobilität / Transfer
- ☐ Medikamentengabe / Behandlungspflege
- ☐ Unterstützung bei der Ernährung
- ☐ Hauswirtschaftliche Unterstützung
- ☐ Unterstützung im Alltag / Betreuung
- ☐ Verhinderungspflege
- ☐ Beratung / Unterstützung bei der Organisation der Pflege

Kurze Beschreibung des gewünschten Unterstützungsbedarfs:

4. Aktuelle Versorgungssituation: Wie wird die pflegebedürftige Person derzeit versorgt?

- ☐ selbstständig
- ☐ durch Angehörige
- ☐ durch einen anderen ambulanten Pflegedienst
- ☐ durch eine Pflegeeinrichtung

5. Gewünschter Beginn der Versorgung

- ☐ schnellstmöglich ☐ ab folgendem Datum: ☐ noch nicht absehbar

6. Gewünschter Versorgungsumfang

Zu welchen Zeiten wird voraussichtlich Unterstützung benötigt?

- ☐ morgens ☐ vormittags ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts ☐ flexibel

Wie häufig wird Unterstützung benötigt?

- ☐ einmalig ☐ mehrmals pro Woche ☐ täglich ☐ mehrmals täglich ☐ unsicher

7. Warteliste

Sollte zum gewünschten Zeitpunkt kein geeigneter Versorgungsplatz verfügbar sein:

- ☐ Ja, bitte nehmen Sie mich / die pflegebedürftige Person auf Ihre Warteliste auf.
☐ Nein, eine Aufnahme auf die Warteliste ist nicht gewünscht.

8. Einwilligung zur Kontaktaufnahme

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Pflegedienst mich bezüglich meiner Anfrage kontaktiert und die von mir übermittelten Angaben zur Bearbeitung meiner Anfrage und zur Vorbereitung des Erstgesprächs verwendet. Ich bin mir darüber hinaus im Klaren, dass die ausführliche Erhebung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs im Rahmen des Erstgesprächs erfolgt.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller/-in / Bevollmächtigte/-r:

Vielen Dank für Ihre Anfrage!

Wir melden uns nach Eingang des Formulars schnellstmöglich bei Ihnen.

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
Fo_AP_0002	Aufnahmeantrag Ambulanter Pflegedienst	a	2 von 2