

Haus ChrisTina  
Pflegeheim GmbH  
Konzilstraße 5  
78462 Konstanz

Tel.: (07531) 2 39 20  
Fax: (07531) 1 67 41  
[info@haus-chris-tina.de](mailto:info@haus-chris-tina.de)  
[www.haus-chris-tina.de](http://www.haus-chris-tina.de)

## ANTRAG AUF AUFNAHME IN DIE WARTELISTE

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort	Konfession
Adresse			
Derzeitiger Aufenthaltsort			
Krankenkasse/Pflegekasse		Hausarzt	
Covid-Impfung      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Falls ja,      Anzahl der Covid- Impfungen _____, wann war die letzte Impfung : _____			
Adresse des Antragstellers/Ansprechpartners:		Verwandtschaftsverhältnis:	
		Telefon:	
		Mobiltelefon:	
		Email:	
		Vollmacht/Betreuung vorhanden: Ja <input type="checkbox"/>	
		Wird noch eingerichtet:                      Ja <input type="checkbox"/>	
Weitere Ansprechpartner:		Verwandtschaftsverhältnis:	
		Telefon:	
		Mobiltelefon:	
		Email:	
<b>Kostenträger</b>			
Selbstzahler:		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Falls nein, Antrag auf Sozialhilfe beim Sozialamt		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
aktueller Pflegegrad: _____		Kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beim medizinischen Dienst beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gewünschte Wohnform <input type="checkbox"/> Einzel- <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		Gewünschter Aufnahmetermin:	
Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht:			
Ort/Datum		Unterschrift:	

# KURZANAMNESE

---

Bekannte Diagnosen:

---

Größe : \_\_\_\_\_ cm ; Gewicht : \_\_\_\_\_ kg

---

Raucher: ja  nein

---

Demenz/geistige Einschränkungen:

---

Nächtliche Unruhe/Weglauftendenz:

---

Bewegungseinschränkungen:

Bettlägerig       sitzt im Rollstuhl       Gehen mit Hilfe/Hilfsmittel       selbständig

---

Benötigt Hilfe beim:

Waschen       Essen und Trinken       Toilettengang       Kleiden

---

Beschäftigung tagsüber:

---

Wünsche an die jetzige Situation:

---