

Aufnahmeantrag

1. Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen

Name | Vorname | ggf. Geburtsname

Geburtstag | Geburtsort

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefonnummer | Handynummer

Staatsangehörigkeit | Religion

Familienstand

T T M M J J	
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft lebend
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> geschieden	

Derzeitiger Aufenthaltsort,
falls abweichend.

(z.B. Krankenhaus, Reha ...)

2. Aufnahmezeit

Aufnahme

<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> gewünscht ab	T T M M J J
<input type="checkbox"/> Kurzzeit-/ Verhinderungspflege von	T T M M J J	bis	T T M M J J

3. Aufnahmebereich

In welchem Bereich wünschen Sie
die Aufnahme?

Mehrfachauswahl möglich

<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
<input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer

4. Patientenverfügung

Ist eine **Patientenverfügung** vorhanden?

Bitte eine **Kopie** beifügen.

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

5. Betreuung oder Vollmacht

Gibt es eine/-n gesetzliche/-n Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-n?

Nein gesetzl. Betreuer/-in Bevollmächtigte/-r

Name | Vorname (Kontakt siehe 6.)

Wirkungskreis

Bitte eine **Kopie** des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen.

Gesundheitsorge Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge Postangelegenheiten

weitere:

Wenn keine Betreuung/Vollmacht vorliegt

es wurde ein Antrag auf Betreuung gestellt

Es wurde bisher kein Antrag gestellt

Antrag gestellt am

Gericht

Aktenzeichen

6. Kontaktdaten: Angehörige und Ansprechpartner/-in

Name | Vorname

1

Verwandtschaftsverhältnis

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon | Handy

E-Mail

Name | Vorname

2

Verwandtschaftsverhältnis

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon | Handy

E-Mail

Name Vorname Verwandtschaftsverhältnis Straße Hausnummer PLZ Ort Telefon Handy E-Mail	3	<div style="border: 1px solid #f4a460; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 15px;"></div>
--	---	---

7. Behandelnde Ärzte/Ärztinnen

Wer ist der Hausarzt/die Hausärztin?* Name Anschrift Gibt es weitere behandelnde (Fach-)Ärzte/Ärztinnen? Name Anschrift	<div style="border: 1px solid #f4a460; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 25px;"></div>
---	---

**Falls der Hausarzt/die Hausärztin weitere Behandlungen in unserem Haus ablehnt, bitten wir Sie, sich um einen anderen Hausarzt/eine andere Hausärztin zu kümmern. Es kann nur mit einer ärztlichen Betreuung aufgenommen werden.*

8. Kranken- und Pflegekasse

Name der Kranken- und Pflegekasse Krankenversicherungs-Nr.	<div style="border: 1px solid #f4a460; height: 25px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid #f4a460; height: 25px;"></div>
---	---

privat gesetzlich

Pflegegrad (PG) Wurde eine Eingruppierung oder Höhergruppierung beantragt?	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 PG besteht seit	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;">T</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">T</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">M</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">M</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">J</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J			

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Antrag gestellt am	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;">T</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">T</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">M</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">M</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">J</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J			

Es liegt eine Eileinstufung vor in PG (Gutachten steht noch aus)

9. Weitere Anträge

Befreiung von der Rezeptgebühr (Bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Antrag gestellt am	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;">T</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">T</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">M</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">M</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">J</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J				

Beihilfe (z. B. bei Beamten)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Antrag gestellt am	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;">T</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">T</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">M</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">M</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">J</td> <td style="width: 10px; height: 15px;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J				

Beihilfeberechtigt für %

10. Bestattungsvorsorge

Besteht eine Vorsorge für Bestattung?

Nein Ja

Institut | Anschrift

Geburtsurkunde bzw. Abstammungsurkunde muss im Todesfall dem Standesamt vorgelegt werden. **Bitte Kopie beilegen.**

11. Finanzierung des Pflegeplatzes

Es wurden bereits Leistungen im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege		EUR
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		EUR
<input type="checkbox"/> Entlastungsleistungen		EUR

Nur bei Einrichtungswechsel

stationäre Pflege, bereits in Anspruch seit

T	T	M	M	J	J	

Wer trägt die Kosten des Pflegeplatzes?

Pflegekasse

- Kostenzusage liegt nicht vor
- Kostenzusage liegt vor (Kopie beifügen), Betrag: EUR
- Selbstzahler** (Eigenmittel z.B. Rente), Betrag: EUR

Sozialamt

zuständiges Sozialamt

Antrag wurde gestellt am

T	T	M	M	J	J	

- Kostenzusage liegt noch nicht vor
- Kostenzusage liegt vor (Kopie beifügen)

Nein Ja

Angehörige/r verpflichtet sich zur Kostenübernahme

Es liegt eine Pfändung vor

Bei Fragen zur Finanzierung wenden Sie sich bitte an die Einrichtung.

Ort, Datum	Unterschrift