

Aufnahmeantrag

1.

Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen

Name | Vorname | ggf. Geburtsname

Geburtstag | Geburtsort

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefonnummer | Handynummer

Staatsangehörigkeit | Religion

Familienstand

☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft lebend ☐ geschieden
☐ ledig ☐ verwitwet
Derzeitiger Aufenthaltsort,
falls abweichend.

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

2.

Aufnahmezeit

Aufnahme

☐ vorsorglich ☐ sofort ☐ gewünscht ab

☐ Kurzzeit-/
Verhinderungspflege von

☐ Tagespflege ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
☐ Fahrdienst gewünscht

3.

Aufnahmebereich

In welchem Bereich wünschen Sie
die Aufnahme?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Stationäre Pflege ☐ Kurzzeit-/Verhinderungspflege
☐ Tagespflege ☐ Einzelzimmer

4.

Patientenverfügung

Ist eine **Patientenverfügung** vorhanden?Bitte eine **Kopie** beifügen.
☐ Nein ☐ Ja

5.

Betreuung oder Vollmacht

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

Name | Vorname (Kontakt siehe 6.)

Wirkungskreis

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

☐ Nein ☐ gesetzl. Betreuer/-in ☐ Bevollmächtigte/-r

☐ Gesundheitssorge ☐ 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

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

3

Verwandtschaftsverhältnis

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon | Handy

E-Mail

7.

Behandelnde Ärzte/Ärztinnen

Wer ist der Hausarzt/die Hausärztin?*

Name | Anschrift

Gibt es weitere behandelnde
(Fach-)Ärzte/Ärztinnen?

Name | Anschrift

**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.

☐ privat ☐ gesetzlich
Pflegegrad (PG)
Wurde eine **Eingruppierung oder Höhergruppierung** beantragt?

☐ kein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 PG besteht seit

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

☐ Nein ☐ Ja Antrag gestellt am

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)

☐ Nein ☐ Ja Antrag gestellt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Beihilfe (z. B. bei Beamten)
☐ Nein ☐ Ja Antrag gestellt am

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

☐ Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Es bestehen noch Entlastungsleistungen in Höhe von EUR

☐ Stationäre Pflege

aktueller Leistungszuschlag in % oder Monaten % M

Nur bei Einrichtungswechsel

☐ Stationäre Pflege, bereits in Anspruch seit

T T M M J J

Von wem werden die Kosten getragen?

☐ Gesetzliche Pflegekasse

☐ Kostenzusage liegt nicht vor/Antrag gestellt

☐ Kostenzusage liegt vor (Kopie beifügen) EUR

☐ Selbstzahleranteil

☐ Kopie des/der aktuelle/n Rentenbescheid/e, auch Zusatzversorgungsleistungen und Versicherungen

☐ alternativ eine Kopie eines aktuellen Kontoauszugs, aus dem die monatlichen Einnahmen hervorgehen

Immobilienvermögen selbst- oder fremdgenutzt?

☐ Nein ☐ Ja

Recht auf Nießbrauch

☐ Nein ☐ Ja

Liegen Pfändungen vor?

☐ Nein ☐ Ja

Befindet sich der Antragsteller in Privatinsolvenz?

☐ Nein ☐ Ja

Sonstige Einkünfte?

☐ Nein ☐ Ja, in Höhe von monatlich EUR

Kann der Pflegeplatz dauerhaft aus Eigenmitteln finanziert werden?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn nein, bis wann werden die Rücklagen
voraussichtlich aufgebraucht sein?

☐ T ☐ T ☐ M ☐ M ☐ J ☐ J

Wurden bereits Leistungen der Sozialhilfe bezogen?

☐ Nein ☐ Ja, in Höhe von

EUR

☐ **Sozialamt**

Bewilligung liegt vor

☐ Nein (nachstehende Angaben machen) ☐ Ja (Bescheid vorlegen)

Zuständiges Wohnortsozialamt

Antrag wurde gestellt am
eine Kopie der Eingangsbestätigung des
Antrags durch das Sozialamt ist beizufügen

☐ T ☐ T ☐ M ☐ M ☐ J ☐ J

Besteht noch ein Mietverhältnis?

☐ Nein ☐ Ja, Monatsmiete

EUR

Schonvermögensgrenze erreicht?

☐ Nein ☐ Ja

☐ **Angehörige/r verpflichtet sich aus eigenen Mitteln zur Kostenübernahme**

Bitte wenden Sie sich an die Einrichtung, um eine Vereinbarung abzuschließen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der gemachten
Angaben

Ort, Datum

Unterschrift