

# Aufnahmeantrag

## 1. Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen

Name | Vorname | ggf. Geburtsname

Geburtstag | Geburtsort

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

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        
 Kurzzeitpflege von       bis

## 3. Aufnahmebereich

In welchem Bereich wünschen Sie  
die Aufnahme?

- Stationäre Pflege     Kurzzeitpflege  
 Einzelzimmer
- Tagespflege     Mo     Di     Mi     Do     Fr  
 Fahrdienst     Mo     Di     Mi     Do     Fr  
 im Rollstuhl     zusätzlich Abholung in der Wohnung

## 4. Kostenträger

Wer trägt die Kosten für  
den Pflegeplatz?

- Selbstzahler     Rentenkasse     Pflegekasse     LWV  
 Kreisverwaltung/Sozialamt    Antrag gestellt am

Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-r nächste Seite

**5. Gesetzliche/-r Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-r**

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:

Ist eine **Patientenverfügung** vorhanden?

Nein  Ja

Bitte eine **Kopie** beifügen.

**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.*


**8. Kranken- und Pflegekasse**

Name der Kranken- und Pflegekasse

Krankenversicherungs-Nr.


privat       gesetzlich

**Pflegegrad**

kein       1       2       3       4       5

Wurde eine **Eingruppierung** oder **Höhergruppierung** beantragt?

Nein       Ja      Antrag gestellt am 

--	--	--	--	--	--	--

**9. Weitere Anträge**

**Befreiung von der Rezeptgebühr**

Nein       Ja      Antrag gestellt am 

--	--	--	--	--	--	--

**Beihilfe** (z. B. bei Beamten)

Nein       Ja      Antrag gestellt am 

--	--	--	--	--	--	--

**10. Bestattungsvorsorge**

Besteht eine Vorsorge für Bestattung?

Nein       Ja

Institut | Anschrift


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

Ort, Datum	Unterschrift