

Aufnahmeantrag

1.

Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen

Name | Vorname | ggf. Geburtsname

Geburtsdag | 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

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

☐ Kurzzeit-/
Verhinderungspflege von

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

 bis

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

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

3.

Aufnahmebereich

In welchem Bereich wünschen Sie
die Aufnahme?

Mehrfachauswahl möglich

☐ Stationäre Pflege ☐ Kurzzeit-/Verhinderungspflege
☐ Wohnen mit Service ☐ beschützender Wohnbereich
☐ Tagespflege ☐ Doppelzimmer ☐ 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

Antrag gestellt am

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

☐ Es wurde bisher kein Antrag gestellt

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