

## 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

T T M M J J

T T M M J J    bis    T T M M J J

### 3. Aufnahmebereich

In welchem Bereich wünschen Sie  
die Aufnahme?

Mehrfachauswahl möglich

Stationäre Pflege     Doppelzimmer  
 Kurzzeit-/Verhinderungspflege     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?

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

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

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