

Aufnahmeantrag

Seite 1 von 5

1.**Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen**

Name | Vorname | ggf. Geburtsname

Geburtstag | Geburtsort

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefonnummer | Handynummer

Staatsangehörigkeit | Religion

Familienstand

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft lebend | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verwitwet | |

Derzeitiger Aufenthaltsort,
falls abweichend.

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

2.**Aufnahmezeit**

Aufnahme

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vorsorglich | <input type="checkbox"/> sofort | <input type="checkbox"/> gewünscht ab |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

Kurzzeit-/
Verhinderungspflege von

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

| | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> T | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> J |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

3.**Aufnahmebereich**

In welchem Bereich wünschen Sie
die Aufnahme?

Mehrfachauswahl möglich

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
| <input type="checkbox"/> Wohnen mit Service | |
| <input type="checkbox"/> Telefon gegen Leihgebühr (bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege) | |
| <input type="checkbox"/> TV Gerät gegen Leihgebühr (bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege) | |

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?

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

Aufnahmeantrag

Seite 3 von 5

Name | Vorname

3

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Verwandtschaftsverhältnis

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon | Handy

E-Mail

7.**Behandelnde Ärzte/Ärztinnen***Wer ist der Hausarzt/die Hausärztein?**

Name | Anschrift

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

Name | Anschrift

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

8.**Kranken- und Pflegekasse**

Name der Kranken- und Pflegekasse

| |
|--|
| |
| |

 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?*

Institut | Anschrift

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

 Nein Ja

| |
|--|
| |
| |
| |

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

T T M M J J

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

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