

# Aufnahmeantrag

## 1. Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen

Name | Vorname | ggf. Geburtsname

Geburtstag | Geburtsort

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefonnummer | Handynummer

Staatsangehörigkeit | Religion

Familienstand

T T M M J J		
<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	T T M M J J
<input type="checkbox"/> Kurzzeit-/ Verhinderungspflege von	T T M M J J	bis	T T M M J 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?

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)**

kein     1     2     3     4     5    PG besteht seit

Wurde eine **Eingruppierung oder Höhergruppierung** beantragt?

Nein     Ja    Antrag gestellt am

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

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

Nein     Ja    Antrag gestellt am

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