

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 Wohnbereich für demenziell Erkrankte
 Kurzzeitpflege Verhinderungspflege
 Einzelzimmer mit gemeinsamer Badnutzung
 Einzelzimmer mit eigenem Bad Doppelzimmer
 Tagespflege Mo Di Mi Do Fr Sa So
 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?

Bitte eine **Kopie** beifügen.

Nein Ja

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 anderer 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 |