

# 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    ☐ Doppelzimmer  
☐ Tagespflege    ☐ 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