

Aufnahmeantrag

1. Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen

Name | Vorname | ggf. Geburtsname

Geburtstag | Geburtsort

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Staatsangehörigkeit | Religion

Familienstand

Name Vorname ggf. Geburtsname											
T	T	M	M	J	J	Geburtstag Geburtsort					
Straße Hausnummer											
PLZ Ort											
Staatsangehörigkeit Religion											
<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 ...)

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"/> Kurzzeitpflege von	T	T	M	M	J	J	bis	T	T	M	M	J	J

3. Aufnahmebereich

In welchem Bereich wünschen Sie
die Aufnahme?

<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege				
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer				
<input type="checkbox"/> Wohnen mit Service					
<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr
<input type="checkbox"/> Fahrdienst	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr
<input type="checkbox"/> im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> zusätzlich Abholung in der Wohnung				

4. Kostenträger

Wer trägt die Kosten für
den Pflegeplatz?

<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Rentenkasse	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	<input type="checkbox"/> LWV					
<input type="checkbox"/> Kreisverwaltung/Sozialamt	Antrag gestellt am		T	T	M	M	J	J

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.

Gesundheitspflege 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 andere 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

T	T	M	M	J	J

9. Weitere Anträge

Befreiung von der Rezeptgebühr

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

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