

Aufnahme – Antrag

- Zur Heimaufnahme für:**
- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------|
| Vollstationär | <input type="checkbox"/> | Einzelzimmer |
| | <input type="checkbox"/> | Doppelzimmer |
| Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> | Einzelzimmer |
| | <input type="checkbox"/> | Doppelzimmer |

Bei Kurzzeitpflege:

Die Aufnahme wird gewünscht für die Zeit vom _____ bis _____

Bei vollstationärer Pflege:

Die Aufnahme wird gewünscht ab: _____

Persönliche Angaben Antragsteller/in:

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Staatsangehörigkeit: deutsch _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Konfession: römisch-kath. evangelisch _____

Früher ausgeübter Beruf: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

- Zuhause
- Krankenhaus (wenn ja, welches: _____)
- Reha (wenn ja, wo: _____)
- Sonstiges: _____

Unterbringungsbeschluss:

- ja (bitte in Kopie beifügen) Amtsgericht: _____ Aktenzeichen: _____
- nein

Kranken-/Pflegekasse: _____

Krankenversicherten- Nr.: _____

Bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege:

Bitte erfragen Sie bei der Pflegekasse das noch offene Budget für das laufende Jahr!

- Kurzzeitpflegebudget: _____
- Verhinderungspflegebudget: _____

Aktueller Pflegegrad: 1 2 3 4 5 beantragt

Bei Pflegegrad 1 – 5 bitte den Pflegegradbescheid der Pflegekasse in Kopie beifügen!

Zuzahlungsbefreiung: ja (bitte in Kopie beifügen) nein

Angehörige:

Name, Vorname: _____

Bez. zum Antragssteller: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Weitere Angehörige / Kinder / Ansprechpartner:

Name, Vorname: _____

Bez. zum Antragssteller: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Bez. zum Antragssteller: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter:

Bitte Kopie des Betreuerausweises oder der Vorsorgevollmacht beifügen.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Bevollmächtigter für finanzielle Angelegenheiten (falls abweichend):

Bitte Kopie der Bankvollmacht oder der Generalvollmacht beifügen.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Kostenübernahmeregelung:

- Privat Sozial Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrages auf Kostenübernahme beifügen!

Behandelnder Arzt:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____ E-Mail: _____

Dokumente die zur Aufnahme unbedingt notwendig sind (falls vorhanden):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung |
| <input type="checkbox"/> Betreuerausweis | <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde |
| <input type="checkbox"/> Heiratsurkunde | <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde des Partners oder Scheidungsurteil |
| <input type="checkbox"/> Krankenkassen-Mitgliedskarte | <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung |
| <input type="checkbox"/> Impfpass | <input type="checkbox"/> Personalausweis |
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> Ärztliche Stellungnahme |

Hinweis:

Da die Wäsche bei uns im Heim gewaschen wird, bestellen wir Wäschenamen.

Daher die große Bitte an Sie, geben Sie neu gekaufte Wäsche ihrer Angehörigen bitte im Wohnbereich ab, damit diese von unserer Hauswirtschaft mit Wäschenamen versehen wird.

Für Kleidungsstücke, die nicht namentlich gekennzeichnet sind, wird vom Heim keinerlei Haftung übernommen.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass durch die Stellung dieses Aufnahmeantrages kein Anspruch auf eine endgültige Aufnahme entstanden ist. Dies geschieht erst mit Unterzeichnung des Heimvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder dessen Vertreters bzw. Betreuers

Ort, Datum

Unterschrift Mitantragsteller / Mitverpflichtete