



# Aufnahmeantrag

Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Zimmer: \_\_\_\_\_

<b>Allgemeine Informationen</b>	
Antragsteller:	
<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege Tage: _____    Tage: _____	Voraussichtliches Einzugsdatum:
Antrag auf Pflege (s.o.) bei der Kasse gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name:	Vorname:
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Telefon:	
(Vorherige) Anschrift:	
Staatsangehörigkeit:	
Konfession:	
Familienstand:	
Beerdigungsinstitut:	
Inkontinenzversorgung:	

<b>Krankenkasse/ Pflegeversicherung</b>						
Krankenkasse:						
Anschrift:						
Krankenversicherungsnummer:						
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> PG 1	<input type="checkbox"/> PG 2	<input type="checkbox"/> PG 3	<input type="checkbox"/> PG 4	<input type="checkbox"/> PG 5	<input type="checkbox"/> Antrag gestellt
Hinweis: Ohne Antrag keine Heimaufnahme.						
Zuzahlungsbefreiung						

<b>Ärztliche Betreuung</b>
Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):



1. Facharzt (Name, Anschrift, Telefon):

**Ärztliche Betreuung**

2. Facharzt (Name, Anschrift, Telefon):

3. Facharzt (Name, Anschrift, Telefon):

**1. Angehöriger: (Prioritätsstufe 1)**

Name, Vorname:

Angehörigenverhältnis:

Telefonnummer:

Handynummer:

Anschrift:

E-Mail:

**2. Angehöriger: (Prioritätsstufe 2)**

Name, Vorname:

Angehörigenverhältnis:

Telefonnummer:

Handynummer:

Anschrift:

E-Mail:

**Hinweis:** Ein Angehöriger mit der Prioritätsstufe 1 ist derjenige, der bei wichtigen Belangen als Erster benachrichtigt wird. Vollmachtinhaber sind stets in der Prioritätsstufe 1 eingestuft.

**Vollmacht Angehörige:**

Vollmacht vorhanden?  Ja  Nein

Name, Vorname des Vollmachtinhabers:

Anschrift:

Telefon:

Patientenverfügung vorhanden:  Ja  Nein

Vorsorgevollmacht für folgende Bereiche vorhanden:

- Postvollmacht
- Vermögensvorsorgevollmacht
- Aufenthaltsbestimmungs- und Wohnungsangelegenheiten
- Gesundheitsvorsorgevollmacht
- Behördenangelegenheiten
- Vorsorgevollmacht für rechtliche Angelegenheiten



--

<b>Betreuung (Amtsgericht)</b>	
Betreuung ist vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Betreuung beantragt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Betreuer: Name / Anschrift	(bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen)
Vorsorgevollmacht für folgende Bereiche vorhanden:	
<input type="checkbox"/> Postvollmacht	
<input type="checkbox"/> Vermögensvorsorgevollmacht	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungs- und Wohnungsangelegenheiten	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorgevollmacht	
<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten	
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht für rechtliche Angelegenheiten	

<b>Renteneinkünfte:</b>	
Renten (Rententräger/ Rentennummer/ Art der Rente)	Betrag
1.	
2.	
3.	
Sonstiges Vermögen:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beihilfen/ Zusatzversicherungen:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Die ungedeckten Heimkosten werden übernommen von:</b>
<input type="checkbox"/> Antragsteller
<input type="checkbox"/> Sozialamt
<input type="checkbox"/> Ein Grundantrag auf Übernahme der ungedeckten Heimkosten wurde gestellt
<input type="checkbox"/> Der Grundantrag wird noch gestellt:
<u>von:</u> _____ <u>am:</u> _____

<b>Rechnungsempfänger:</b>
Name, Vorname:
Adresse:



Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit aller gemachten Angaben.

Ort/ Datum

Unterschrift