



Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um die Aufnahme zur: vollstationären Pflege Kurzzeitpflege
 Kurzzeitpflege SGB V

Allgemeines:

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____ 10:00 – 11:00 Uhr	Auszug am : _____ 10:00Uhr
Name: _____	Bereich/ Zimmer: _____
Geburtsname: _____	ehem. Beruf: _____
Vorname: _____	Familienstand: _____
Geburtsdatum: _____	letzte Eheschließung: _____
Geburtsort: _____	verwitwet/geschieden seit: _____
Telefon: _____	Name des Ehegatten: _____
aktuelle Anschrift: _____	Beruf: _____
	Kinder (Anzahl + Namen): _____
Konfession: _____	_____
zuständige Kirchengemeinde: _____	_____
Staatsangehörigkeit: _____	

Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad _____ seit: _____

Der Pflegegradbescheid muss dem Aufnahmeantrag beigelegt sein!!!!

Hausarzt: _____	Kranken-/Pflegekasse: _____
Covid-19 Impfung: 1. _____	KV-Nummer: _____
(Datum, Impfstoff) 2. _____	Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird der o. g. Arzt die hausärztliche Versorgung im Heim übernehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
neuer Hausarzt: _____	beliefernde Apotheke: _____
Hausarzt für die Kurzzeitpflege: _____	Kennzeichnung der Wäsche in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege: Einmalige Kosten : 74,50 €
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein





Die nächsten Angehörigen/Bevollmächtigter/der amtlich bestellte Betreuer:

1. Ansprechpartner:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

2. Ansprechpartner:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Finanzen:

Aktuelles monatliches Einkommen:

	Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag
1			
2			
3			

Kennzeichen und Waschen der Wäsche in der KZP

Die Aufenthaltskosten werden aufgebracht durch:

- mich selbst
- und/oder das Sozialamt in: _____
- und/oder von der entsprechenden Pflegekasse

Kostenübernahmeerklärung:

Ich habe die Informationsbroschüre incl. der vorvertraglichen Informationen erhalten und wurde über den Leistungskatalog sowie die anfallenden Aufenthaltskosten informiert. Ich erkläre, daß ich die Aufenthaltskosten bezahle bzw. die zukünftige Bewohnerin / der zukünftige Bewohner die Aufenthaltskosten bezahlt, sofern nicht andere Leistungsträger dafür aufkommen. (siehe oben). Ich bin heute darauf hingewiesen worden, dass es grundsätzlich die Möglichkeit gibt, zur Deckung der Heimkosten Sozialleistungen zu erhalten. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass es dazu notwendig ist, sofort einen entsprechenden Antrag beim zuständigen Träger der Sozialhilfe zu stellen.

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Verhältnis zur Interessentin/zum Interessenten:

- Interessent/in Tochter Sohn
- Ehepartner aml. bestellter Betreuer-in

Datum/Unterschrift

