



# Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um die Aufnahme zur:  vollstationären Pflege  Hausgemeinschaft  
 Kurzzeitpflege

## Allgemeines:

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____ <b>10:00 – 11:00 Uhr</b>	Auszug am : _____ <b>bis 10:00 Uhr</b>
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: _____	Kranken-/Pflegekasse: _____
<b>Der Pflegegradbescheid muss dem Aufnahmeantrag beigefügt sein!!!!</b>	KV-Nummer: _____
Hausarzt: _____	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
bei nein: _____	beliefernde Apotheke: _____
neuer Hausarzt/ Hausarzt für die Kurzzeitpflege _____	<b>Kennzeichnung der Wäsche in der Kurzzeit-/Verhinderungspflege: Einmalige Kosten : 56,64€</b>
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein





**Die nächsten Angehörigen/Bevollmächtigter/der amtlich bestellte Betreuer:**

**1. Ansprechpartner:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**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       amtlich bestellter Betreuer

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

