

Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme und mache bezüglich meiner persönlichen und wirtschaftlichen Situation folgende Angaben:

- vollstationäre Pflege ab _____
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Verhinderungspflege von _____ bis _____
 SGB V §39c von _____ bis _____

Personendaten

Name	Geburtsort
Vorname	Geburtsdatum
Straße & Nr	Geburtsname
PLZ und Ort	Staatsangehörigkeit
Telefon	Konfession
	ehem. Beruf

- Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
 Pflegegrad: 1 2 3 4 5
 beantragt am _____

Angehörige / Kontaktpersonen / Betreuer

Person 1:

Vorname und Name	Telefon
Straße & Nr	Mobiltelefon
PLZ und Ort	Geschäftlich
Verwandtschaftsgrad	E-Mail

Ich möchte bei Verschlechterungen angerufen werden: bei Tag bei Nacht

Person 2:

Vorname und Name	Telefon
Straße & Nr	Mobiltelefon
PLZ und Ort	Geschäftlich
Verwandtschaftsgrad	E-Mail

Ich möchte bei Verschlechterungen angerufen werden: bei Tag bei Nacht

Person 3:

Vorname und Name	Telefon
Straße & Nr	Mobiltelefon
PLZ und Ort	Geschäftlich
Verwandtschaftsgrad	E-Mail

Ich möchte bei Verschlechterungen angerufen werden: bei Tag bei Nacht

Formular Aufnahmeantrag Version 2	Ersteller/in: Fr. Hausmann/ Fr. Muschitz	Freigabe am: 26.06.2017 durch: Felix Jakob, Leiter stationäre Einrichtungen	Seite 1
---	--	--	---------

Aufnahmeantrag

Betreuer

amtlicher Betreuer Bevollmächtigter

Vorname und Name	Telefon
Straße & Nr	Mobiltelefon
PLZ und Ort	E-Mail

Ich möchte bei Verschlechterungen angerufen werden: bei Tag bei Nacht

Bankvollmacht Vorsorgevollmacht Generalvollmacht

Beantragt am: _____

Patientenverfügung Ja Nein

Ärzte

Hausarzt

Vorname und Name	Telefon
Straße & Nr	Fax
PLZ und Ort	E-Mail

Zahnarzt

Vorname und Name	Telefon
Straße & Nr	Fax
PLZ und Ort	E-Mail

Weitere Ärzte

Vorname und Name	Telefon
Straße & Nr	Fax
PLZ und Ort	E-Mail

Krankenkasse / Pflegekasse

Name	Telefon
Straße & Nr	Fax
PLZ und Ort	E-Mail
Versicherungsnummer	

Wurde die Heimaufnahme der Kasse mitgeteilt Ja Nein

Rezeptgebühr befreit von _____ bis _____
nicht befreit

Aufnahmeantrag

Grund der Aufnahme (kurz Diagnose, Mobilität, Pflegebedürftigkeit,...)

Ernährung:

Allergien / Allergene _____

ärztlich verordnete Diäten _____

spezielle Kostform muslimisch vegetarisch _____

Rechnungsanschrift

Bankverbindung

Name, Vorname	Name der Bank
Straße & Nr	IBAN
PLZ und Ort	BIC

Zuschussantrag beim Sozialamt gestellt am _____ noch nicht gestellt

Wirtschaftliche Situation für vollstationäre Pflege

Monatliche Einnahmen	
Rente gesetzlich	
Rente privat	
Mieteinnahmen	
Kapitaleinkünfte	
Unterhalt	
Pflegegrad	
Sonstiges	

Summe: _____ €

Vermögen

Immobilien vorhanden	
Bankguthaben	
Wertpapiere	
Bausparguthaben	
Rückkaufswert Lebensversicherung	
Rückkaufswert Riester-Rentenversicherung	
Sonstiges	

Summe _____ €

Aufnahmeantrag

Monatliche Ausgaben

Aktuelle Eigenmiete warm	
Bestehende Immobiliendarlehen	
Private Krankenversicherung	
Unterhalt	
Sonstiges	

Summe _____ €

Gesamtsumme: _____ €

Im Todesfall

Bestattung: Erdbestattung Feuerbestattung

Bestattungsinstitut _____

Zur Räumung des Zimmers sind berechtigt _____

Einzureichende Unterlagen

Rentennachweis

Kontoauszüge

Einkommensnachweise

Kostenübernahme Sozialamt

Sonstiges _____

Sonstiges _____

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen und kläre mich auf Verlangen bereit, diese durch weitere Unterlagen zu belegen.

Ort und Datum

Unterschrift Bewohner

Unterschrift Angehöriger 1

Unterschrift Angehöriger 2

Unterschrift Angehöriger 3

Unterschrift Betreuer