



Antrag zur Aufnahme

1. Daten zum Einzug

Aufnahmenummer: 1 0 2 -

- Kurzzeitpflege vom _____ bis _____
- Verhinderungspflege vom _____ bis _____
- vollstationäre Pflege ab _____

wird die Kontaktaufnahme durch unseren Heimbeirat gewünscht? nein ja

Zimmer	
WG 1	
WG 2	
WG 3	
WG 4	
WG 5	

Einzelzimmer Doppelzimmer

20 qm 24 qm 30 qm

Nasszelle allein Nasszelle zu zweit

Einrichtung: Pflegebett Nachtschrank

Kleiderschrank Einbauschränk

Tisch Stuhl/Stühle

Sessel

2. Persönliche Daten (*freiwillige Angaben)

Familienname		Vorname	
Geburtsname		Geburtsort*	
Geburtsdatum		Konfession*	
Nationalität*		Email*	
Telefon*		Telefon*	
Familienstand* <small>Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet
Anschrift	Straße, Hausnummer		
	PLZ, Ort		
Schwerbehindertenausweis vorhanden? *	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie vorlegen!)		
Waren Sie vorher in einer anderen Einrichtung vollstationär untergebracht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (ab Monat/Jahr: _____)		

3. Behandelnde Ärzte

Name	
Hausarzt	

Name	
Facharzt	

4. Krankenversicherung

Bitte die vollständige Anschrift angeben.

	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich
Krankenkasse		
Anschrift		
Versichertennummer		
von Zuzahlungen befreit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

5. Pflegeversicherung

Bitte stellen Sie einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung für die Heimaufnahme und legen Sie uns die Bestätigung vor.

Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?	<input type="checkbox"/> ohne Pflegegrad <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 5
--	---

6. Kostenübernahme

<input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> Ich erhalte bereits Unterstützung durch das Sozialamt	
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Kostenübernahme durch das Sozialamt ab	
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Beihilfe	%

7. Angaben über das Einkommen (*freiwillige Angaben)

Altersrente*	€
Witwenrente*	€
Zusatzrente*	€
Wohngeld*	€
Sozialhilfe*	€

Rentenbescheide sind nur vorzulegen, wenn eine Überleitung erwünscht / erforderlich wird.

8. Verwahrgeldkonto

Ich möchte ein Verwahrgeldkonto einrichten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
--	--

9. Ehegatte, Kinder und / oder Bezugspersonen (freiwillige Angaben)

Bitte die für die Aufnahme zuständige Kontaktperson in der ersten Rubrik eintragen.

Familiennamenname		Vorname	
Verwandtschafts- verhältnis			
Anschrift			
Telefon		Telefon	
Fax		Email	
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter (bitte Vollmacht vorlegen) <input type="checkbox"/> Betreuer (bitte Ausweis vom Amtsgericht vorlegen) <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger		

Familiennamenname		Vorname	
Verwandtschafts- verhältnis			
Anschrift			
Telefon		Telefon	
Fax		Email	
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter (bitte Vollmacht vorlegen) <input type="checkbox"/> Betreuer (bitte Ausweis vom Amtsgericht vorlegen) <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger		

Familiennamenname		Vorname	
Verwandtschafts- verhältnis			
Anschrift			
Telefon		Telefon	
Fax		Email	
	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter (bitte Vollmacht vorlegen) <input type="checkbox"/> Betreuer (bitte Ausweis vom Amtsgericht vorlegen) <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger		

10. Vorsorge zum Todesfall (freiwillige Angabe)

Bestattungsinstitut		
Anschrift		
Telefon		
Besondere Vereinbarungen		
<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung	<input type="checkbox"/> Seebestattung

Dieser Aufnahmeantrag ist Grundlage des Heimvertrages.

Datum

Unterschrift
(ggf. Antragsteller, Bevollmächtigter)

Fragen zur Pflegesituation

Grad der Mobilität

Größe / Gewicht

<input type="checkbox"/> Bettlägerig		cm
<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflichtig		kg
<input type="checkbox"/> Rollator / Gehstützen		
<input type="checkbox"/> Mobil		

Erkrankungen

--

Operationen

--

Allergien, Besonderheiten, Unverträglichkeiten (Essen)

--

Inkontinenz

<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Harn
bereits versorgt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Katheter?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Ernährung

Stoffwechselstörungen		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Tabletten	<input type="checkbox"/> Insulin
Gicht		
Rheuma		
Dialyse		