



Aufnahmeantrag

*** Bewohner**

* Vor- und Nachname _____

* Geburtsname _____

* Geburtsdatum, -ort _____

* Straße Nr. _____

* PLZ Wohnort _____

Tel · Fax · Mobil · eMail _____

derzeitiger Aufenthalt _____

Familienstand _____ Religion _____ Nationalität _____

Pflegebedürftigkeit ist vom Medizinischen Dienst zuerkannt: Pflegegrad: _____

ist noch nicht beantragt

Einstufung Höherstufung Eilantrag wurde beantragt / gestellt von

_____ am _____

Haben Sie eine Vorsorge für Beerdigungsinstitut und Beerdigungsart getroffen? nein ja

Telefon:

Beerdigungsinstitut:

Beerdigungsart:

Haben Sie eine Patientenverfügung? nein ja



*** Rechnungsempfänger**

* Vor- und Nachname _____

* Straße Nr., PLZ Ort _____

Tel · Fax · Mobil · eMail _____

Bankverbindung

Konto-Inhaber _____

Konto-Nummer _____

Bank / Sparkasse _____

Bankleitzahl _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

(22-stellig) (8- oder 11-stellig)

Einzugsermächtigung nein ja

Unterschrift des Bevollmächtigten: -----

Angehörige

1. Vor- und Nachname _____

Familienverhältnis / Beziehung _____

Straße Nr., PLZ Ort _____

Tel · Fax · Mobil · eMail _____

2. Vor- und Zuname _____

Familienverhältnis / Beziehung _____

Straße Nr., PLZ Ort _____

Tel · Fax · Mobil · eMail _____

Betreuung/Vollmacht

1. Vor- und Nachname _____

Wirkungsgrad der Betreuung _____

Straße Nr., PLZ Ort _____



Tel · Fax · Mobil · eMail _____

Hausarzt

Name, Fachgebiet _____

Straße Nr., PLZ Ort _____

Tel · Fax · Mobil · eMail _____

*** Krankenkasse / Pflegekasse**

* Name / Bezeichnung _____

* Straße Nr., PLZ Ort _____

Tel · Fax · Mobil · eMail _____

* Versichertennummer _____

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

1. ambulante Dienste
2. Krankenhaus / Sozialstation 6. durch unsere Homepage (Internet)
3. Ärzte 7. Sonstiges: _____
4. bereits früher Kurzzeitpflegegast _____
5. Empfehlung von Bekannten, Nachbarn, usw.
6. durch unsere Homepage (Internet)

Informieren Sie Ihre Pflegekasse und legen Sie uns bitte den Bewilligungsbescheid vor,

damit wir mit der Kasse abrechnen können. Informieren Sie uns bitte bei rückwirkenden Einstufungen oder Änderungen der angegebenen Pflegestufe.

Sie wurden darauf aufmerksam gemacht, bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag zu stellen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____



Für Kurzzeitpflegegäste:

Haben Sie in diesem Jahr bereits die Leistungen einer Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

nein ja wenn ja, wie viele Tage? _____

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Zweibettzimmer

Gewünschter Termin: vom _____ bis _____

Bei der Pflegekasse ist der Antrag auf stationäre Pflegeleistungen gestellt. **nein** **ja** wird erledigt

Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt? **nein** **ja**

wenn ja, bei welchem Sozialamt? _____

Liegt eine Beihilfeberechtigung vor? _____

Liegt eine Inkontinenz vor **nein** **ja**

Rezeptgebührenbefreiung **nein** **ja**

Ort, Datum _____ **Unterschrift:** _____