

Aufnahmeantrag für die Pflegeeinrichtung

Vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Verhinderungspflege von _____ bis _____

1. Persönliche Angaben des Antragstellers

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Geburtsname: Konfession:
Familienstand : Telefon-Nr.:
Straße: PLZ, Wohnort:.....
Email:.....

2. In welcher Krankenkasse / Pflegekasse sind Sie versichert:

..... Vers.Nr.:

Erhalten Sie bereits Leistungen Ihrer Pflegekasse ja nein
Wenn ja, welcher Schweregrad 1 2 3 4 5
Besteht ein Anspruch auf Erhöhung des allgemeinen
Betreuungsbedarfs nach § 45a oder 87b? ja nein nicht bekannt
Wurde ein Antrag auf Leistungen für Kurzzeitpflege
nach § 42 SGB XI gestellt? Ja nein
Wurde ein Antrag auf vollstationäre Pflege gestellt
(nach § 43 SGB XI) ja nein
Besteht eine Befreiung zur Zuzahlung zu den
Medikamentengebühren ja nein
Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein

Falls ja: % Schwerbehinderung, Merkmale:

3. Sie haben eine Übersicht der Heim- und Pflegekosten erhalten. Werden diese von Ihnen in voller Höhe selbst bezahlt oder stellen Sie einen Sozialhilfeantrag?

- Selbstzahler ohne Leistungen der Pflegekasse
- Selbstzahler mit Leistungen der Pflegekasse
- Sie haben einen Sozialhilfeantrag beim Sozialamt der Stadt/ Kreis
..... gestellt und zahlen Ihre Rente als Eigenanteil (bitte Kopie des
aktuellen Rentenbescheides beilegen)

Rechnungsempfänger (für Selbstzahler oder für ihren Anteil, bzw. Ihre Rente):

Name: **Vorname:**

Straße: **PLZ, Wohnort:**

4. Welche Wünsche haben sie: Einzelzimmer Doppelzimmer

Sonstige Wünsche (z.B. eigene Möbel)

.....
.....

5. Angaben zu den nächsten Angehörigen:

Wenn es mehrere Angehörige gibt, tragen Sie bitte in die linke Spalte den Namen des Angehörigen ein, der im Falle einer Erkrankung benachrichtigt werden soll oder im Falle des Ablebens den Nachlass in Empfang nehmen soll.

Verwandtschaftsgrad: Verwandtschaftsgrad:

Name, Vorname: Name, Vorname:

PLZ, Wohnort: PLZ, Wohnort:

Straße: Straße:

Telefon: Telefon:

Handy: Handy:

Email: Email:

6. Vollmacht

a. Haben Sie für den Fall von Krankheit, Gebrechlichkeit oder Geschäftsunfähigkeit einer Person Ihres Vertrauens eine privatrechtliche Vollmacht erteilt:

ja

nein

b. liegt eine notariell beglaubigte Vollmacht, ausgestellt auf eine Person Ihres Vertrauens vor, die bei Krankheit, Gebrechlichkeit bzw. Geschäftsunfähigkeit für Sie Entscheidungen treffen darf:

ja

nein

c. Besteht ein vom Amtsgericht ausgestelltes Betreuungsverhältnis

ja

nein

Sollten Sie einen der o.g. Punkte mit „ja“ beantwortet haben, bitte unbedingt Kopie beifügen.

7. Hausarzt

Name des jetzt behandelnden Arztes: Tel.:

Name des in der Einrichtung gewünschten Arztes : Tel.:

Straße: PLZ, Ort:

Bisherige Fachärzte:

.....

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller / Bevollmächtigter