

# Aufnahmeantrag

## Dauerpflege / Kurzzeitpflege

### 1 Angaben zur Aufnahme

.....  
gewünschter Standort

.....  
gewünschter Aufnahmeterrmin

nur Einzelzimmer     nur Doppelzimmer     Einzel- oder Doppelzimmer

Kurzzeitpflege     Dauerpflege

### 2 Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner)

.....  
Name (ggf. Geburtsname)

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Geburtsort

.....  
Geburtsland

.....  
aktueller Hauptwohnsitz (Adresse)

.....  
derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend

.....  
Telefon

.....  
Staatsangehörigkeit

.....  
Familienstand

.....  
Religionszugehörigkeit

Patientenverfügung liegt vor

### 3 Angaben zu Ansprechpartnern (bis zu zwei Personen)

.....  
Name des ersten Ansprechpartners (Hauptansprechpartner)

.....  
Vorname

.....  
aktuelle Anschrift

.....  
Telefon

gesetzlicher Betreuer     Bevollmächtigter     Angehöriger, Verwandtschaftsverhältnis: .....

Bei gesetzlichem Betreuer bitte Kopie der Betreuungsurkunde beilegen. Bei Bevollmächtigtem bitte Kopie der Vollmacht beilegen.

.....  
Name des zweiten Ansprechpartners

.....  
Vorname

.....  
aktuelle Anschrift

.....  
Telefon

gesetzlicher Betreuer     Bevollmächtigter     Angehöriger, Verwandtschaftsverhältnis: .....

Bei gesetzlichem Betreuer bitte Kopie der Betreuungsurkunde beilegen. Bei Bevollmächtigtem bitte Kopie der Vollmacht beilegen.

#### 4 Krankenkasse / Pflegekasse / Beihilfeträger

Name und Anschrift der Versicherung

Versichertennummer

Privat versichert?  ja  nein

Beihilfeberechtigt?  ja  nein

Pflegegrad  1  2  3  4  5  keinen  noch nicht beantragt  beantragt am .....

Bitte Kopie des Pflegegradnachweises beilegen, sofern vorhanden.

#### 5 Hausarzt

Name

Vorname

Adresse

Telefon

Fax

#### 6 Abrechnung

Rechnungsempfänger  Bewohner  Erster Ansprechpartner (siehe Punkt 3)

Zweiter Ansprechpartner (siehe Punkt 3)

Finanzierung des Eigenanteils  als Selbstzahler

Leistungen beim zuständigen Sozialamt beantragt am .....

#### 7 Ansteckende Krankheiten (bei fehlendem Arztbericht)

Bestehen ansteckende Krankheiten?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

#### 8 Zusätzliche Angaben bei Kurzzeitpflegeaufenthalten

Zeitraum von ..... bis .....

Wurde in diesem Kalenderjahr bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

nein  ja, Anzahl Tage .....

#### 9 Hinweis

Die Anmeldung ist zunächst für beide Seiten unverbindlich.

#### 10 Einverständniserklärung

Mit dem Einreichen des Formulars geben Sie uns die Zustimmung, Ihre Daten zu speichern und zu verarbeiten. Alle Ihre Angaben werden von uns entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vertraulich behandelt. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind und werde jede Änderung der geforderten Angaben unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller  
oder bevollmächtigter Vertreter