

Aufnahmeantrag

Persönliche Daten der/ des Aufzunehmenden:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ/Wohnort: _____

Kurzzeitpflege Stationäre Pflege

Wohnbereich: _____ Zimmernummer: _____

Pflegegrad: keine 1 2 3 4 5 beantragt wird beantragt

Bitte beachten Sie: Solange keine Eingradierung vorliegt, erfolgt die Zuordnung zu einem Pflegegrad anhand der Beurteilung unserer Pflegedienstleitung/Wohnbereichsleitung. Bis zur Eingradierung einer Pflegekasse behandeln wir Sie als Selbstzahler. Die entstehenden Kosten sind gemäß unserem Bewohnervertrag zu Vertragsbeginn bzw. am Monatsanfang fällig.

Kranken- und Pflegekasse: _____

Versichertenr.: _____

Privat: _____ ggf. Beihilfestelle: _____

Bitte beachten Sie, dass privat Versicherte eine Gesamtabrechnung erhalten, diese muss bei der Pflegeversicherung eingereicht werden.

Hausarzt: _____

Inkontinenzartikel bei Kurzzeitpflege (bitte Inkontinenzmaterial von zuhause mitbringen)

Bitte beachten Sie, wenn in der **Kurzzeitpflege Inkontinenzartikel** von der Einrichtung gestellt wird, wird ein Betrag von **täglich 4,00 EUR** abgerechnet!

Ja Material wird von der Einrichtung gestellt

Einrichtungskosten: Selbstzahler Sozialamt*

***Monatliches Einkommen:** _____

Bitte reichen Sie die Rentenbescheide aller Renteneingänge ein!

Stellen Sie zeitnah einen Antrag bei dem zuständigen Sozialhilfeträger, sollte Ihr Vermögen nicht ausreichen. Von unserer Seite kann nur die Aufnahme bestätigt werden.

Wurde der Sozialhilfeantrag bereits gestellt? ja nein

Freigabedatum	Bearbeitung durch	Version	Ersterstellung am	letzte Änderung am	Seite
26.07.2021	GF, BWV, QB	8	18.08.11	26.07.2021	1 von 2

Gesetzliche Betreuung: ja nein

Vollmachten: ja nein

Art der Vollmacht: _____

1) Kontaktdaten der Bevollmächtigten:

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Mobiltelefon: _____

PLZ/Wohnort: _____ Email: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

2)

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Mobiltelefon: _____

PLZ/Wohnort: _____ Email: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

1. Ansprechpartner für uns:

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Mobiltelefon: _____

PLZ/Wohnort: _____ Email: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Vorgehen am Lebensende – An wen darf der Nachlass ausgehändigt werden?

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Mobiltelefon: _____

PLZ/Wohnort: _____ Email: _____

Vorgelegte Dokumente in Kopie:

Personalausweis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Versichertenkarte	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vollmachten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gesundheitszeugnis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nachweis über Covid 19 Impfung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Einstufungsbescheid der Pflegekasse	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

Kopie des Aufnahmeantrages in die Bewohnerakte im Wohnbereich. ja nein

Ich habe die Erklärung, dass die Mitarbeiter im Krankenhaus von ihrer Schweigepflicht entbunden werden, unterschrieben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Antragsteller: _____

Freigabedatum	Bearbeitung durch	Version	Ersterstellung am	letzte Änderung am	Seite
26.07.2021	GF, BWV, QB	8	18.08.11	26.07.2021	2 von 2