



Name der Einrichtung: Wählen Sie ein Element aus.

Die Vergabe eines Pflegeplatzes ist nur dann möglich, wenn dieser Antrag vollständig ausgefüllt ist!

Name, Vorname des*der Bewohner*in: _____

Straße, PLZ, Ort, Telefon _____

 Vollstationäre Aufnahme ab: _____ Doppelzimmer Einzelzimmer Beschützender (geschlossener) Bereich (nur mit richterl. Beschluss) Betreutes Wohnen - Service-Wohnen Verhinderungspflege / Kurzzeitpflege

von _____ bis _____ (____ Tage)

Antrag auf KZP ist gestellt bei _____ / schriftl. KZP-Kostenzusage liegt vor: ja ... nein

Optionaler Eingangsvermerk:

Bereich _____ Zi.-Nr.: _____

Tel.-Nr.: _____

Deb.-Nr.: _____

Verteiler Pflege: _____

Persönliche Daten**Derzeitiger Aufenthalt** Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung _____

War der Bewohner*in schon einmal in einer anderen stationären Pflegeeinrichtung?

Wenn ja, Zeitraum: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____

Konfession: _____

Schwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden? Ja, _____, gültig bis _____ Nein

(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Krankenkasse / Pflegekasse

Versichertennummer _____

Versicherungskarte gültig bis _____

Name Krankenkasse / Pflegekasse _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort) _____

Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden

 Ja Nein

(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegeeingradung ist gestellt

 Ja, am _____ von _____ Nein

(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)

Aktueller Pflegegrad _____ besteht ab ..

(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)

 Pflegegrad ist beantragt, von: _____ Datum: _____ Kopie intern vorhanden**Ärztliche Versorgung**

Bisheriger Hausarzt*-ärztin

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Hausarzt*-ärztin nach Aufnahme

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Hausarztwahl durch: Angehörige Wohnbereich

**Kontaktadressen / Angehörige:****Angehörige*r Nr. 1**

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Angehörige*r Nr. 2

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Sonstige Kontaktadresse:

Name, Vorname: _____ Verhältnis zum*zur Bewohner*in : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Vertretung des*der Bewohner*in**Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen**

Der*die Bewohner*in ist voll geschäftsfähig. Der*die Bewohner*in ist nicht geschäftsfähig
Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen.

 Amtlich bestellte Betreuung ist beantragt am _____ von _____ besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht: _____

GNr / AZ Amtsgericht : _____

 Vollmacht (Genaue Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Patientenverfügung vorhanden ja nein**Besonderheiten / Verfügungen für die beschützenden / geschlossenen Wohnbereiche****WICHTIG: Der Unterbringungsbeschluss MUSS VOR EINZUG vorgelegt werden!** Ein gerichtlich bestellter Unterbringungsbeschluss liegt vor und ist gültig bis: _____

Zuständiges Amtsgericht _____

GNr / AZ Amtsgericht _____



Finanzierung des Heimaufenthaltes:

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

Die Finanzierung des Heimaufenthaltes wird aufgebracht durch:

- das oben angeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus verwertbarem Vermögen (z.B. Depot etc.)
Höhe des verwertbaren Vermögens: ca. _____ Euro

Es muss erkennbar sein, ob die Heimkosten selbst getragen werden können, oder eine Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt wird.

das zuständige Sozialamt in _____

Sozialhilfeantrag wurde/wird gestellt bei Behörde _____

wurde/wird gestellt am _____ von _____ -- _____

Aktenzeichen SHV _____ Sachbearbeiter*in SHV _____

Wohngeld wird/wurde beantragt ja, bei _____ wann _____ nein
Der jährliche Antrag auf Wohngeld ist verpflichtend bei Hilfe zur Pflege (Antrag auf Kostenübernahme bei Sozialhilfeträgern).

! Zur Information: Ab Pflegegrad 2 haben sie die Möglichkeit Landespflegegeld zu beantragen

Kostenübernahme ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen)

ist noch nicht entschieden wegen _____

Zusatzangaben bei Selbstzahlern:

Rechnungsempfänger: Bewohner*in Betreuer*in Bevollmächtigte*r Angehörige*r Nr. _____

Name, Adresse Rechnungsempfänger, falls abweichend von Vorgaben:

Beihilfeberechtigt zu: _____ % Beihilfestelle: _____

**Sonstiges:**

Wer übernimmt die ambulanten Fahrten zu Ärzten, Krankengymnastik, usw.

Angehörige (Name) _____ Fahrdienst / Taxi

Gewünschte Serviceleistungen (kostenpflichtig):

- Telefonanschluss Ambtberechtigung ja nein
- Bargeldverwaltung / Anlage eines Barbetragskontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt)
- Friseur wie oft? _____ / bei Bedarf, nach Rücksprache Angehörige*/Betreuer*in, nach Rücksprache mit BW
- Fußpflege wie oft? _____ / bei Bedarf, nach Rücksprache Angehörige*/Betreuer*in, nach Rücksprache mit BW
- Regelmäßige Getränkebestellung / -lieferung kastenweise bei Bedarf
- Regelmäßige Eigenbedarfbestellung bei Bedarf
- Tageszeitungsabonnement. Bereits vorhanden? Wird die Zeitung an die Einrichtung nachgesendet (per Post oder Austräger)?
- Sonstiges _____

Aufnahmeverfahren

Der Aufnahmeantrag ersetzt keinen Wohn- und Betreuungsvertrag. Im Vertrag sind darüber hinaus gehende Regelungen zum Heimaufenthalt zu treffen.

Ich beantrage daher den bald möglichen Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrags, nachdem alle erforderlichen Fragen geklärt sind. Bis zum Abschluss eines Vertrages kann nur eine vorläufige Heimaufnahme erfolgen. Hierzu gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich / wir die Richtigkeit der gemachten Angaben und die Einwilligung zum Aufnahmeverfahren.

Ort, Datum

Unterschrift des*der Aufzunehmenden / Betreuer*in oder Bevollmächtigte*n / Ehepartner*in

Geltungsbereich: Stationäre Pflege			Revision: 002/07.2024
Bearbeitung: Rüth, Andrea Hofmann Nicole	Prüfung: Kuhbandner, Annika	Freigabe: Hahn, Ulrike	Seite: 4