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

**Name der Einrichtung:** Wählen Sie ein Element aus.

**Name, Vorname des\*der Bewohner\*in:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort, Telefon

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Optionaler Eingangsvermerk:

Bereich Zi.-Nr.:

Tel.-Nr.:

Deb.-Nr.:

Verteiler Pflege:

[ ]  Vollstationäre Aufnahme ab:

[ ]  Doppelzimmer [ ]  Einzelzimmer

[ ]  Verhinderungspflege / [ ]  Kurzzeitpflege
von\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_Tage)

 Antrag auf KZP ist gestellt bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ schriftl. KZP-Kostenzusage liegt vor: [ ]  ja …[ ]  nein

**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:
Migrationshintergrund: [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Unbekannt

Personalausweis vorhanden: : [ ]  Ja Personalausweis-Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 **(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)**

 [ ]  Nein

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)

[ ]  Pflegegraderhöhung ist beantragt, von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Kopie vorhanden

**Ärztliche Versorgung**

Bisheriger Hausarzt\*-ärztin Hausarzt\*-ärztin nach Aufnahme

Name, Vorname: Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse Praxis: Adresse Praxis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: Fax: Telefon: Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zusätzlich Patientenverfügung vorhanden [ ]  ja [ ]  nein

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finanzierung des Heimaufenthaltes:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art des Einkommens | Zahlende Stelle | Betrag in € |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Es muss erkennbar sein, ob die Heimkosten selbst getragen werden können, oder eine Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt wird.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*[ ]* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  neinDer 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 beantragenKostenübernahme [ ]  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 / TaxiBesteht eine Inkontinenz? [ ]  Ja [ ]  NeinVermerk: Während einer Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege ist die Versorgung von Inkontinenzmaterial selbst zu organisieren! |

|  |
| --- |
| **Gewünschte Serviceleistungen (kostenpflichtig):**[ ]  Telefonanschluss Amtberechtigung [ ]  ja [ ]  nein[ ]  Bargeldverwaltung / Anlage eines Barbetragskontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt)[ ]  Friseur wie oft? / [ ]  bei Bedarf, [ ]  nach Rücksprache Angehörige\*r/Betreuer\*in, [ ]  nach Rücksprache mit BW[ ]  Fußpflege wie oft? / [ ]  bei Bedarf, [ ]  nach Rücksprache Angehörige\*r/Betreuer\*in, [ ]  nach Rücksprache mit BW[ ]  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