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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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  Besteht eine Inkontinenz?  Ja  Nein  Vermerk: 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