



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: _____ Fax: _____ 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 (Auskunftsbechtigung, 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: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

Finanzierung des Heimaufenthaltes

KOSTENTRÄGER: Sozialer Kostenträger (Sozialamt)

Sozialhilfeantrag wurde gestellt bei Behörde _____

wurde gestellt am _____ von _____

Aktenzeichen SHV _____ Sachbearbeiter*in SHV: _____

Kostenübernahme ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen) ist noch nicht entschieden wegen _____ wurde abgelehnt wegen _____ **Selbstzahler*in**

Pflichtangaben (bei stationärer Pflege):

 Rente Einnahme in Höhe von _____ €/ monatl. (bitte den aktuellen Rentenbescheid/ Kontoauszug mit Renteneingang vorlegen) Ersparnisse/ Pflegeversicherung in Höhe von _____ € (Nachweise wie z.B. Kopie eines Sparbuchs, Kontoauszüge vorlegen) Andere Mittel: _____ (Nachweis vorlegen)Rechnungsempfänger*in ist Bewohner*in / Betreuer*in / Bevollmächtigter*in / Angehörige*r Nr. _____Name, Adresse Rechnungsempfänger, falls abweichend von Vorgaben:

_____ **Beihilfe** beihilfeberechtigt zu _____ %

Beihilfestelle: _____

Sonstiges:Übernahme der ambulanten Fahrten durch Angehörige Fahrdienst / Taxi Wird eigenes Mobiliar mitgebracht? Was? _____Sonstige Bemerkungen:

_____**Gewünschte Serviceleistungen (kostenpflichtig):** Telefonanschluss Bargeldverwaltung / Anlage eines Barbetragskontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt) Friseur wie oft? _____ / bei Bedarf Fußpflege wie oft? _____ / 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 / Betreuers*in oder Bevollmächtigten / Ehepartners*in

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Sozialzentrum Jung und Alt			Revision: 001/03.2024
Bearbeitung: Nickel, Burkard	Prüfung: Nickel, Burkard	Freigabe: Zatloukal, Thomas	Seite: 3