

Aufnahmeantrag

Bewohner Nr.:					Aufnahme-Datum:		
Name/Vorname:		EZ <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/>		Zi-Nr.:	Tel.-Nr.		
		Geb.-Datum:					
Geburtsname:		Geb.-Ort:		Konfession:			
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden							
Hausarzt Anschrift:			Einzug von:				
			Anschrift letzter Wohnort:				
Tel.:							
Krankenkasse Anschrift /KV Nr.:			Pflegekasse Ans				
Tel.:			Tel.:				
Angehörige Anschrift/Verwandtschaftsgrad:			Angehörige Anschrift/Verwandtschaftsgrad:				
Tel.:			Tel.:				
Angehörige Anschrift / Verwandtschaftsgrad:			Betreuer Anschrift:		Wirkungskreis:		
Tel.:			Tel.:				
Name/Anschrift/Tel. Nr. der Person, die im Krankheits- oder Todesfall zu benachrichtigen ist:							
Todesfall/Beerdigungsinstitut: Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/>							
Vorabestufung nach SGB XI (Grade (eine schriftliche Bestätigung ist beizufügen)		0	1	2	3	4	5
Einstufung nach SGB XI		0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> KZP <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		von		bis			
Pflegegrad		0	1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Probewohnen		von		bis			
Pflegegrad		0	1	2	3	4	5
APH / KZP nach Krankenhaus		von		bis			
tägl- Satz EURO - Pflegegrad		0	1	2	3	4	5
Sondernahrung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ab wann:			Inkontinent: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ab wann:				

Aufnahmeantrag

Bewohner Name:			
Rechnungsanschrift:		Bankverbindung / Name Kontoinhaber:	
Renten:	Rentenhöhe	Rentenzeichen:	Leistungsträger:
	€		
	€		
	€		
	€		
Sämtliche Rentenbescheide bitte unbedingt in Kopie beifügen!			
Sonstiges Einkommen:			
		€	
		€	
		€	
Reicht das Einkommen aus zur Deckung der Pflegekosten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie Selbstzahler?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe o. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie bereits Kontakt mit dem zuständigen Sozialamt aufgenommen? Wenn ja, Anschrift, Ansprechpartner und Aktenzeichen des Sozialamtes.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beigelegt und vollständig mit abzugeben.			
<input type="checkbox"/> Leistungsbescheid der Pflegekasse <input type="checkbox"/> Ärztlicher Fragebogen <input type="checkbox"/> Frei von ansteckenden Krankheiten <input type="checkbox"/> Inkontinenzbescheinigung			
Ich melde mich hiermit für die Aufnahme zum:		verbindlich an.	
Ort/Datum:		Unterschrift / Funktion:	