

## Aufnahme-Antrag

Name..... Geburtsname.....

Familienstand..... Geburtstag..... Geburtsort.....

Religionsgemeinschaft..... Staatsangehörigkeit.....

Aktuelle Anschrift.....

..... Tel. Nr.....

Mobil..... E-Mail.....

Personalausweis-Nr..... ausgestellt am.....

Namen und Anschriften der Kinder oder Angehörigen bzw. nahestehender Personen:

1. Name..... Verwandtschaft.....

Anschrift.....

..... Tel. Nr.....

Mobil..... E-Mail.....

2. Name..... Verwandtschaft.....

Anschrift.....

..... Tel. Nr.....

Mobil..... E-Mail.....

3. Name..... Verwandtschaft.....

Anschrift.....

..... Tel. Nr.....

Mobil..... E-Mail.....

Krankenversicherung..... Vers. Nr.....

Anschrift.....

Wurde ein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt? Ja  Nein

Wenn ja: wann war der Medizinische Dienst der Krankenkassen da und welcher Pflegegrad wurde festgelegt? Datum..... Pflegegrad 0  1  2  3  4  5

Bitte legen Sie eine Kopie des Bescheides bei.

Haben Sie Regelungen für den Fall Ihres Ablebens getroffen? Ja  Nein

Heimkosten: Sind Sie Selbstzahler? Ja  Nein

Wenn nein: ist eine Kostenübernahme beantragt? Ja  Nein

Wann?..... Wo?.....

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer  Doppelzimmer  Ab wann?.....

Name und Anschrift des Hausarztes.....  
.....

Namen der Konsiliarärzte.....  
.....

Liegt eine Vollmacht vor? Ja  Nein

Liegt eine Betreuung vor? Ja  Nein

Wenn ja: Name, Anschrift und Tel. Nr. des Betreuers.....  
.....  
.....

Bitte legen Sie eine Kopie des Betreuungsausweises bei.

Sonstiges.....  
.....

Ort, Datum..... Unterschrift.....