|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Stationär | [ ]  Kurzzeitpflege  | [ ]  Tagespflege |
|  | von: |  | bis: |  |  |
| Tag des Einzugs/Uhrzeit: |  | Zimmernummer: |  |

**Persönliche Daten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Geburtsname: |  | Geburtsort: |  |
| Geburtsdatum: |  | Familienstand: |  |
| Religion: |  | Nationalität: |  |
| **Letzter polizeilich gemeldeter Wohnsitz:** |
| Straße: |  |
| PLZ/Ort: |  |
| Telefon: |  |
| Aufenthalt vor Aufnahme: |  |
| Seit wann?: |  |

**Angaben zu Angehörigen:**

**Nächste Angehörige bzw. Bezugspersonen**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Verwandtschaftsgrad: |  |  |  |
| Anschrift: |  |  |  |
| E-Mail-Adresse: |  |  |  |
| Telefon: |  | Mobil: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Verwandtschaftsgrad: |  |  |  |
| Anschrift: |  |  |  |
| E-Mail-Adresse: |  |  |  |
| Telefon: |  | Mobil: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Verwandtschaftsgrad: |  |  |  |
| Anschrift: |  |  |  |
| E-Mail-Adresse: |  |  |  |
| Telefon: |  | Mobil: |  |

**Rechnungsempfänger\*in:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Anschrift: |  |  |  |
| E-Mail-Adresse: |  |  |  |
| Telefon: |  | Mobil: |  |

**Vollmachten:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Haben Sie eine Vollmacht / Vorsorgevollmacht erteilt? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| Haben Sie eine Patientenverfügung? |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |

*(Kopie der Vollmacht / Patientenverfügung beilegen)*

**Amtsgerichtliche Betreuung:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Besteht bereits eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz |  |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Amtsgericht: |  | Aktenzeichen: |  |

**Name und Anschrift der/s** **Betreuer\*in:**

*(Kopie des Ausweises beilegen)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Anschrift: |  |  |  |
| E-Mail-Adresse: |  |  |  |
| Telefon: |  | Mobil: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wenn NEIN**, ist die Einrichtung einer Betreuung notwendig und wird beantragt? |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |

**Kranken- Pflegekasse:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kranken-/Pflegekasse: |  | Telefon: |  |
| Anschrift: |  |  |  |
| Fax: |  | E-Mail-Adresse: |  |
| Versichertennummer: |  |  |  |

**Besteht eine Einstufung nach der Pflegeversicherung, wenn ja, in welchen Pflegegrad?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|[ ]  **1** |  |[ ]  **2** |  |[ ]  **3** |  |[ ]  **4** |  |[ ]  **5** |

Ist ein Antrag auf Einstufung oder Pflegegradänderung gestellt worden?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  JA, am: |  |[ ]  NEIN |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Beihilfeberechtigt? |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |
| Privatversicherung? |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |

*(Bitte Kopie des Antrages bzw. der Pflegeeinstufung beilegen)*

**Ärztliche Versorgung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  | Fax: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |

**Der Hausarzt kann weiterhin meine ärztliche Betreuung übernehmen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |  |

|  |  |
| --- | --- |
| wenn NEIN, Wechsel zu: |  |

**Befreiungsausweis Zuzahlungen:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |  | wenn JA, bis wann: |  |

**Schwerbehindertenausweis**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |  | wenn JA, bis wann: |  |

(Zutreffendes bitte ankreuzen. *Bitte Kopien beilegen*)

**Kostenklärung:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ich bin Selbstzahler: |[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich habe am |  | einen Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|[ ]  JA |  |[ ]  NEIN |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sozialhilfeträger: |  | Sachbearbeiter: |  |
| Anschrift: |  |  |  |
| Telefon: |  | Fax: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kostenzusage erfolgt am: |  | durch: |  |

*(Bitte Kopie der Kostenzusage beilegen)*

**Ummeldung beim Einwohnermeldeamt: Wir weisen Sie daraufhin, dass Sie sich beim**

**Einwohnermeldeamt ummelden müssen!** (bei vollstationärer Pflege)

Hierzu ist eine Wohnungsgeberbescheinigung notwendig. Diese erhalten Sie von uns.

**Bestattungsvorsorge:**

Ich habe eine Bestattungsvorsorge abgeschlossen bei:

|  |
| --- |
|  |
|  |

*(Bitte Kopien beilegen)*

Wer kümmert sich um Bestattungsfragen:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Von Ihnen gewünschtes/beauftragtes Beerdigungsinstitut:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Welche Bestattungsform wird gewünscht:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich in das** |  |

**einziehen will.**

**Die Pflegesätze sind mir bekannt und ich verpflichte mich hiermit, als Selbstzahler\*in, diese Kosten, abzüglich der Zahlungen der Pflegekasse, selbst zu tragen.**

**Wenn mein Einkommen und Vermögen nicht ausreicht die Kosten zu decken, werde ich umge­hend einen Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger stellen.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort: |  | Datum: |  |

|  |
| --- |
| Unterschrift Antragsteller\*in |

|  |
| --- |
| Ggf. Unterschrift Betreuer\*in/ Bevollmächtigte\*r |