

# Antrag auf Aufnahme



<b>Name, Vorname:</b>	_____
Geburtsname:	_____
Straße:	_____
PLZ / Ort:	_____
Telefon:	_____

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Familienstand:  verheiratet  verwitwet  ledig  geschieden

Staatsangehörigkeit:  deutsch  andere: \_\_\_\_\_

Konfession:  römisch-katholisch  evangelisch  Sonstige: \_\_\_\_\_

Momentaner Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Grund der Antragstellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Zukünftiger Ansprechpartner:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Antragsteller: \_\_\_\_\_

**Generalvollmacht:**  ja  nein  beabsichtigt

**Betreuung:**  ja  nein  beabsichtigt  beantragt  ungeklärt

in: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Betreuer:** \_\_\_\_\_

Betreuung für folgende Bereiche:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsangelegenheiten       | <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge     |
| <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten         | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> freiheitsbeschränkende Maßnahmen | <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten     |
| <input type="checkbox"/> _____                            |  |

Geschlossene Unterbringung erforderlich:  ja  nein

# Antrag auf Aufnahme



-Seite 2-

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Pflegekasse  wie Krankenkasse  andere: \_\_\_\_\_

Antrag auf Leistungen des Pflegeversicherungsgesetz gestellt:  ja  nein

Pflegegrad:  0  1  2  3  4  5

Renten: \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

sonstige Einkommen: \_\_\_\_\_ €

Selbstzahler:  ja  nein

Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt gestellt:  ja  nein

Sozialamt: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel:  Rollator  Rollstuhl  Antidekubitusmatratze  Absauggerät

Sauerstoffgerät  Anderes: \_\_\_\_\_

Ist der Antragsteller Raucher?  ja  nein

Raum für Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Mit diesem Antrag entstehen für Sie keinerlei Verbindlichkeiten. Ihre Daten werden nur im Zusammenhang mit Ihrer gewünschten Aufnahme benutzt. Sollten wir gegenseitig nach Ablauf von drei Monaten nicht erneut in Kontakt getreten sein, wird dieser Antrag automatisch vernichtet. Wir bitten um Nachricht, falls Sie die Anmeldung nicht aufrecht erhalten möchten.