

## Anmeldung zur Aufnahme

Die Anmeldung gilt für folgende Einrichtung: \_\_\_\_\_

### Persönliche Informationen der antragstellenden Person

Anrede:  Frau  Herr

Vorname(n): \_\_\_\_\_  
(Rufname bitte unterstreichen)

Familienname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  geschieden  verwitwet  
 verheiratet  getrennt lebend  Haushaltsgemeinschaft  
 eingetragene Partnerschaft  Lebensgemeinschaft

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Hausnummer: \_\_\_\_\_ Etage: \_\_\_\_\_ Tür: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

### Pflegegeld / Beihilfen (in Kopie beigelegt)

Beihilfeberechtigt:  ja  nein Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein

Einstufung MDK:  ja  nein Pflegegrad: 2  3  4  5

PG/Höherstufung beantragt?  ja, gültig seit \_\_\_\_\_  nein  
(beantragt am \_\_\_\_\_)

Begutachtung MDK erfolgt:  ja  nein Begutachtung am: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten Ansprechpersonen

(Bitte die für die Aufnahme zuständige Kontaktperson zuerst eintragen)

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Beziehung? \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Bevollmächtigte/r:  ja  nein  
 Gesetzliche/r Betreuer/in:  ja  nein  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Beziehung? \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Bevollmächtigte/r:  ja  nein  
 Gesetzliche/r Betreuer/in:  ja  nein  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Beziehung? \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Bevollmächtigte/r:  ja  nein  
 Gesetzliche/r Betreuer/in:  ja  nein  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten ärztliches Fachpersonal

Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

Zahnarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

1. Facharzt/-ärztin: \_\_\_\_\_  
Name, Fachrichtung und Anschrift

2. Facharzt/-ärztin: \_\_\_\_\_  
Name, Fachrichtung und Anschrift

3. Facharzt/-ärztin: \_\_\_\_\_  
Name, Fachrichtung und Anschrift

## Leistungsvereinbarung

Aufnahme auf Dauer Ab: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_

Bei Pflegekasse beantragt:  ja  nein

Kurzzeitpflege Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Verhinderungspflege Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Es wurden bereits Leistungen der KZP in diesem Jahr in Anspruch genommen: \_\_\_\_\_  
Restbetrag (€)

Diverse Serviceleistungen (Telefon, Internet, Reinigung, Post, Frisör, Fußpflege, etc.) variieren je nach Standort. Bitte informieren Sie sich bei der Einrichtungsleitung.

## Ergänzende Angaben

Leben Sie derzeit unter einer anderen Adresse (z.B. im Krankenhaus, Reha, bei Angehörigen)?

ja, Adresse: \_\_\_\_\_  nein

Bei Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt: Steht eine Entlassung bevor?

ja, am: \_\_\_\_\_  nein

## Finanzielle Informationen

das monatliche Einkommen beträgt insgesamt (€): .....

Art der Einkünfte: ....., Betrag (€): .....

Art der Einkünfte: ....., Betrag (€): .....

Art der Einkünfte: ....., Betrag (€): .....

Art der Einkünfte: ....., Betrag (€): .....

Differenz wird von Angehörigen übernommen: .....

Die Kostenzusage der Pflegekassen liegt vor.

Differenz wird von Sozialhilfeträger übernommen.  Antrag gestellt

Die Kostenzusage des Sozialhilfeträgers liegt vor.  AZ des Bescheids: .....

Rentenüberleitung ist durchgeführt.

Rechnung an (bitte immer ausfüllen): .....

.....

## Zahlung der Heimkosten

per Überweisung

per Lastschriftinzug

## Beilagen (in Kopie)

Personalausweis	<input type="checkbox"/> beigelegt
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> beigelegt
Organspenderausweis	<input type="checkbox"/> beigelegt
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> beigelegt
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> beigelegt
Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> beigelegt
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> beigelegt
Leistungsbescheid der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> beigelegt
Krankenversicherungskarte	<input type="checkbox"/> beigelegt
Rentenbescheide	<input type="checkbox"/> beigelegt

## Zustimmung

Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

## Unterschriften

-----  
Ort/Datum, Unterschrift der antragstellenden Person oder seines Vertreters (Nachweise sind beizulegen)  
(entfällt bei digitaler Signatur)

-----  
Ort/Datum, Unterschrift Einrichtung  
(entfällt bei digitaler Signatur)