



Name der Einrichtung: Hans-Sponsel-Haus

Die Vergabe eines Pflegeplatzes ist nur dann möglich, wenn dieser Antrag vollständig ausgefüllt ist!

Name, Vorname des*der Bewohner*in: _____
Straße, PLZ, Ort, Telefon _____

Vollstationäre Aufnahme ab: _____
 Doppelzimmer Einzelzimmer
 Dementenbereich
 Apartments Service-Wohnen
 Verhinderungspflege / Kurzzeitpflege
von _____ bis _____ (____Tage)
Antrag auf KZP ist gestellt bei _____ / schriftl. KZP-Kostenzusage liegt vor: ja ... nein

Optionaler Eingangsvermerk:
Bereich _____ Zi.-Nr.: _____
Tel.-Nr.: _____
Deb.-Nr.: _____
Verteiler Pflege: _____

Persönliche Daten

Derzeitiger Aufenthalt Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung _____

War der Bewohner*in schon einmal in einer anderen stationären Pflegeeinrichtung?

Wenn ja, Zeitraum: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____

Konfession: _____

Schwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden? Ja, _____, gültig bis _____ Nein
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Krankenkasse / Pflegekasse

Versichertennummer _____ Versicherungskarte gültig bis _____

Name Krankenkasse / Pflegekasse _____ Anschrift (Straße, PLZ, Ort) _____

Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden Ja Nein
(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegeeingradung ist gestellt Ja, am _____ von _____ Nein
(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)

Aktueller Pflegegrad _____ besteht ab ..
(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)

Pflegegrad ist beantragt, von: _____ Datum: _____ Kopie intern vorhanden

Ärztliche Versorgung

Bisheriger Hausarzt*-ärztin

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Hausarzt*-ärztin nach Aufnahme

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Hausarztwahl durch: Angehörige Wohnbereich

**Kontaktadressen / Angehörige:****Angehörige*r Nr. 1**

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Angehörige*r Nr. 2

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Sonstige Kontaktadresse:

Name, Vorname: _____ Verhältnis zum*zur Bewohner*in : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Vertretung des*der Bewohner*in**Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen** Der*die Bewohner*in ist voll geschäftsfähig. Der*die Bewohner*in ist nicht geschäftsfähigUnabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen. Amtlich bestellte Betreuung ist beantragt am _____ von _____ besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht: _____

GNr / AZ Amtsgericht : _____

 Vollmacht (Genauere Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Patientenverfügung vorhanden ja nein



Finanzierung des Heimaufenthaltes:

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

Die Finanzierung des Heimaufenthaltes wird aufgebracht durch:

- das oben angeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus verwertbarem Vermögen (z.B. Depot etc.)
Höhe des verwertbaren Vermögens: ca. _____ Euro

Es muss erkennbar sein, ob die Heimkosten selbst getragen werden können, oder eine Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt wird.

das zuständige Sozialamt in _____

Sozialhilfeantrag wurde/wird gestellt bei Behörde _____

wurde/wird gestellt am _____ von _____ -- _____

Aktenzeichen SHV _____ Sachbearbeiter*in SHV _____

Wohngeld wird/wurde beantragt ja, bei _____ wann _____ nein
Der jährliche Antrag auf Wohngeld ist verpflichtend bei Hilfe zur Pflege (Antrag auf Kostenübernahme bei Sozialhilfeträgern).

! Zur Information: Ab Pflegegrad 2 haben sie die Möglichkeit Landespflegegeld zu beantragen

Kostenübernahme ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen)

ist noch nicht entschieden wegen _____

Zusatzangaben bei Selbstzahlern:

Rechnungsempfänger: Bewohner*in Betreuer*in Bevollmächtigte*r Angehörige*r Nr. _____

Name, Adresse Rechnungsempfänger, falls abweichend von Vorgaben:

Beihilfeberechtigt zu: _____ % Beihilfestelle: _____

**Sonstiges:**

Wer übernimmt die ambulanten Fahrten zu Ärzten, Krankengymnastik, usw.

Angehörige (Name) _____ Fahrdienst / Taxi

Gewünschte Serviceleistungen (kostenpflichtig):

- Telefonanschluss Amtsberechtigung ja nein
- Bargeldverwaltung / Anlage eines Barbetragskontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt)
- Friseur wie oft? _____ / bei Bedarf, nach Rücksprache Angehörige*/Betreuer*in, nach Rücksprache mit BW
- Fußpflege wie oft? _____ / bei Bedarf, nach Rücksprache Angehörige*/Betreuer*in, nach Rücksprache mit BW
- Tageszeitungsabonnement. Bereits vorhanden? Wird die Zeitung an die Einrichtung nachgesendet
(per Post oder Austräger)?
- Sonstiges _____

Aufnahmeverfahren

Der Aufnahmeantrag ersetzt keinen Wohn- und Betreuungsvertrag. Im Vertrag sind darüber hinaus gehende Regelungen zum Heimaufenthalt zu treffen.

Ich beantrage daher den bald möglichen Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrags, nachdem alle erforderlichen Fragen geklärt sind. Bis zum Abschluss eines Vertrages kann nur eine vorläufige Heimaufnahme erfolgen. Hierzu gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich / wir die Richtigkeit der gemachten Angaben und die Einwilligung zum Aufnahmeverfahren.

Ort, Datum

Unterschrift des*der Aufzunehmenden / Betreuer*in oder Bevollmächtigte*n / Ehepartner*in

Geltungsbereich: Stationäre Pflege			Revision: 002/07.2024
Bearbeitung: Rüth, Andrea Hofmann Nicole	Prüfung: Kuhbandner, Annika	Freigabe: Hahn, Ulrike	Seite: 4