



Formular

Aufnahmeantrag SP

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

Name der Einrichtung: Hans-Sponsel-Haus

Name, Vorname des*der Bewohner*in: _____

Straße, PLZ, Ort, Telefon _____

☐ Vollstationäre Aufnahme ab: _____☐ Doppelzimmer ☐ Einzelzimmer☐ Dementenbereich☐ 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: _____

Migrationshintergrund: ☐ Ja ☐ Nein ☐ UnbekanntPersonalausweis vorhanden: ☐ Ja Personalausweis-Nr.: _____ gültig bis: _____
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)☐ NeinSchwerbehinderten-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)

☐ Pflegegraderhöhung ist beantragt, von: _____ Datum: _____ ☐ Kopie vorhanden

Geltungsbereich: Stationäre Pflege

Revision: 006/12.2025

Bearbeitung:
Rüth, Andrea
Hr. Dahlschen, Fr. HuberPrüfung:
Rüth, NadineFreigabe:
Hahn, Ulrike

Seite: 1

**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(Hierfür ist sonstige Kontaktadresse zu nutzen)☐ ist beantragt am _____ von _____☐ besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht: _____

GNr / AZ Amtsgericht : _____

☐ Vollmacht (Genaue Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Zusätzlich Patientenverfügung vorhanden ☐ ja ☐ nein



Bewohner*innen, die weder eine*n Bevollmächtigte*n noch eine*n Betreuer*in haben, können durch die nachfolgend aufgeführte Vollmachtserklärung eine*n Vertreter*in für den Heimvertrag sowie den Heimaufenthalt bestimmen.

Bevollmächtigte*r für den Heimvertrag und den Heimaufenthalt

Hiermit erteile ich (Bewohner*in, Vorsorgebevollmächtigte*r bzw. Betreuer*in) folgender Person über den Tod hinaus die Vollmacht, während der Vertragsdauer alle Rechtsgeschäfte, die den Heimvertrag und den Heimaufenthalt betreffen, abzuwickeln. Dies gilt insbesondere für den Vertragsabschluss, die Heimkostenabrechnung und die Abwicklung des Vertrags bei Vertragsende. Die stationäre Pflegeeinrichtung ist insbesondere berechtigt, die zurückgelassenen Gegenstände der*des Bewohnerin*Bewohners ohne besondere erbrechtliche Legitimation an diese Person auszuhändigen und mit dieser Person die Endabrechnung aus dem Vertrag vorzunehmen. Sind mehrere Personen benannt, ist jede von Ihnen der stationären Pflegeeinrichtung gegenüber zur Entgegennahme der Gegenstände und Vornahme der Endabrechnung berechtigt.

Nachname / Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon privat / tagsüber erreichbar

E-Mail (in Druckbuchstaben)

Verwandtschaftsgrad (soweit vorhanden)

Alle Maßnahmen und Willenserklärungen, die dem Heimvertrag und dem Heimaufenthalt betreffen, dürfen per E-Mail vollzogen werden, wenn nicht gesetzlich zwingende Vorschriften dem entgegenstehen.

Der*Die Bevollmächtigte verpflichtet sich hiermit gegenüber dem Träger der stationären Pflegeeinrichtung, diese Vollmacht auch wahrzunehmen.

Diese Vollmacht ist nur wirksam, wenn keine vom Gericht angeordnete Betreuung (mehr) besteht.

Zur Sicherstellung der Versorgung der*des Bewohnerin*Bewohners, stimmt der*die Bevollmächtigte hiermit zu, dass seine*ihre hier genannte Adresse an Dritte (z.B. Ärzte*Ärztinnen, Therapeut*innen, Apotheken, Dienstleister) übermittelt werden darf.

Datum

Unterschrift des*der Bevollmächtigten

Datum

Unterschrift des*der Vollmachtgebers*Vollmachtgeberin

**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. _____

☐ Beihilfeberechtigt zu: _____ % Beihilfestelle: _____

Sonstiges:

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

☐ Angehörige (Name) _____ ☐ Fahrdienst / Taxi

Besteht eine Inkontinenz? ☐ Ja ☐ Nein

Vermerk: Während einer Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege ist die Versorgung von Inkontinenzmaterial selbst zu organisieren!

**Gewünschte Serviceleistungen (kostenpflichtig):**

- ☐ Telefonanschluss Amt Berechtigung ☐ ja ☐ nein
- ☐ Bargeldverwaltung / Anlage eines Barbetragskontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt)
- ☐ Friseur wie oft? _____ / ☐ bei Bedarf, ☐ nach Rücksprache Angehörige*r/Betreuer*in, ☐ nach Rücksprache mit BW
- ☐ Fußpflege wie oft? _____ / ☐ bei Bedarf, ☐ nach Rücksprache Angehörige*r/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: 006/12.2025
Bearbeitung: Rüth, Andrea Hr. Dahlschen, Fr. Huber	Prüfung: Rüth, Nadine	Freigabe: Hahn, Ulrike	Seite: 5