



Name der Einrichtung: AWO Hans-Sponsel-Haus

Name, Vorname des\*der Bewohner\*in: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort, Telefon \_\_\_\_\_

Vollstationäre Aufnahme ab: \_\_\_\_\_

Doppelzimmer  Einzelzimmer

Dementenbereich

Apartment

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ Tage)

Antrag auf KZP ist gestellt bei \_\_\_\_\_ / schriftl. KZP-Kostenzusage liegt vor:  ja ...  nein

Verhinderungspflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ Tage)

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: \_\_\_\_\_

Letzte Einrichtung, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Status

\_\_\_\_\_  
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, 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: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ 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 geschäftsfähig

Unabhängig 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: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Finanzierung des Heimaufenthaltes****KOSTENTRÄGER:  Sozialer Kostenträger (Sozialamt)**Sozialhilfeantrag  wurde gestellt bei Behörde \_\_\_\_\_ wurde gestellt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Aktenzeichen SHV \_\_\_\_\_ Sachbearbeiter\*in SHV : \_\_\_\_\_Kostenübernahme  ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen) ist noch nicht entschieden wegen \_\_\_\_\_ wurde abgelehnt wegen \_\_\_\_\_ **Selbstzahler\*in****Pflichtangaben** (bei stationärer Pflege): Rente Einnahme in Höhe von \_\_\_\_\_ €/ monatl. (bitte den aktuellen Rentenbescheid/ Kontoauszug mit Renteneingang vorlegen) Ersparnisse/ Pflegeversicherung in Höhe von \_\_\_\_\_ € (Nachweise wie z.B. Kopie eines Sparbuchs, Kontoauszüge vorlegen) Andere Mittel: \_\_\_\_\_ (Nachweis vorlegen)

Rechnungsempfänger\*in ist  Bewohner\*in /  Betreuer\*in /  Bevollmächtigter\*in /  Angehörige\*r Nr. \_\_\_\_\_

Name, Adresse Rechnungsempfänger, falls abweichend von Vorgaben:

---

---

 **Beihilfe** beihilfeberechtigt zu \_\_\_\_\_ %

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**Übernahme der ambulanten Fahrten durch  Angehörige  Fahrdienst / Taxi Wird eigenes Mobiliar mitgebracht? Was? \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen:

---

---

**Gewünschte Serviceleistungen (kostenpflichtig):** Telefonanschluss Amtsberechtigung  ja  nein Bargeldverwaltung / Anlage eines Barbetragskontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt) Friseur wie oft? \_\_\_\_\_ /  bei Bedarf Fußpflege wie oft? \_\_\_\_\_ /  bei Bedarf 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 / Betreuers\*in oder Bevollmächtigten / Ehepartners\*in

Geltungsbereich: Stationäre Pflege			Revision: 001/03.2024
Bearbeitung: Borst, Kathleen	Prüfung: Rüth, Andrea	Freigabe: Hahn, Ulrike	Seite: 3