



**Eingangsvermerke:**

- Antrag eingegangen am: .....  
Voraussichtlicher Einzugstermin: .....
- Vollstationäre Pflege       Antrag auf vollstationäre Pflege ist gestellt am/ von .....
- Kurzzeitpflege             Antrag auf Kurzzeitpflege ist gestellt am/ von .....
- Verhinderungspflege       Antrag auf Verhinderungspflege ist gestellt am/ von .....
- Jeanetestift: Zimmer-Nr. ....
- Pfaustift:      Zimmer-Nr. ....

**Antrag zur Pflegeheimaufnahme Altenpflegeheim Pfaustift/ Jeanetestift**

**Persönliche Angaben**

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Familienstand:  ledig    verheiratet    verwitwet    geschieden    getr. lebend

Staatsangehörigkeit: .....      Konfession: .....

Derzeitiger Wohnsitz:      Straße: .....

(ggf. letzter Wohnsitz)

PLZ/Ort: .....

ggf. Telefon: .....

**Medizinische Versorgung**

Kranken- / Pflegekasse: ..... Versicherten-Nr.: ..... Status: ....

Versicherungsverhältnis:  Rentner  Familienversicherung  freiwilliges Mitglied

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor?  ja  nein Zeitraum: .....

Wurde schon ein Pflegegrad erteilt?  ja  nein

Wenn ja, welche Pflegegrad: ..... Aus  häuslicher oder  stationärer Pflege?

Wurden zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI bewilligt?  ja  nein

Hausarzt: ..... Anschrift: .....

Übernimmt Ihr Hausarzt die weitere medizinische Betreuung im Heim?  ja  nein

Wenn nein, neuer Hausarzt wird: .....

Diagnosen des Arztes (falls vorhanden): .....

.....

Leidet der Patient häufig unter Schmerzen?  ja  nein

Weitere behandelnde Fachärzte: .....

.....

Wird an einem Hausarztmodell teilgenommen?

ja  nein Wenn ja, welches? .....

Sind Sie damit einverstanden, wenn wir z.B. nach Krankenhausentlassung die an Ihren behandelnden Arzt adressierten Briefe öffnen? Dies wäre nötig, um die Medikamenten- und ggf. Wundversorgung schnell umzusetzen.

ja  nein  nach telefonischer Rücksprache

Apotheke für die Medikamentenversorgung: .....

Sanitätshaus für Hilfsmittel und ggf. Inkontinenzmaterial: .....

Welche Hilfsmittel werden mitgebracht?

Rollstuhl  Rollator  Gehhilfen  
 Dekubitusmatratze  sonstige Hilfsmittel: .....

Sollen die Angehörigen im Sterbefall den Nachlass übernehmen?  ja  nein

Möchten die Angehörigen im Sterbefall auch nachts informiert werden?  ja  nein

Gewünschtes Bestattungsinstitut: .....

Erdbestattung  Feuerbestattung

## Verwaltungstechnische Angaben

Wer stellt diesen Antrag (Verhandlungspartner)?

- als Angehörige                      Name: .....
- als Bevollmächtigter                Straße: .....
- als bestellter Betreuer              PLZ/Ort: .....
- Telefon / Fax: .....
- E-Mail: .....

Liegt eine

- Vorsorgevollmacht       Patientenverfügung       gerichtliche Betreuung    vor?

### Angehörige

Name / Anschrift: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

Name / Anschrift: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

Welche Einkünfte bezieht der Bewohner: .....

Selbstzahler (Eigenanteil / Gesamtentgelt):     ja     nein

Kostenübernahme ist / wird beantragt:         ja     nein

(Kopie des Bescheides bzw. Versicherungsschein bitte beifügen oder nachreichen)

bei Pflegekasse: .....

bei Beihilfe/ Heilfürsorge: .....

bei Sozialamt/ Landesverwaltungsamt: .....

bei privater Versicherung: .....

Rechnungsempfänger: .....

Bewohner-Konto gewünscht:     ja     nein    (Verwaltungsgebühr 5,00 €/ Monat)

Grund der Heimaufnahme (Pflegebedürftigkeit, Heimwechsel, vorheriger  
Krankenhausaufenthalt, aus ambulanter Pflege): .....

Einverständnis für hausinterne Fotografien:     ja     nein

Sonstige Hinweise / Bemerkungen: .....

Ort: ..... den ..... 20.....

Unterschrift Aufzunehmender: .....

Unterschrift Antragsteller: .....

(Wenn keine Personengleichheit besteht.)