



Eingangsvermerke:

- Antrag eingegangen am:
Voraussichtlicher Einzugstermin:
- Jeanetestift: Zimmer-Nr.
 Pfaustift: Zimmer-Nr.
- 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

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)?

- | | | |
|--|----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> als Angehörige | Name: | |
| <input type="checkbox"/> als Bevollmächtigter | Straße: | |
| <input type="checkbox"/> 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.)