

Aufnahmeantrag

Bewohner

Name: _____ Geburtsname: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Religion: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Kreis, Land: _____ Telefon: _____

Rentenvers.-Anschrift: _____ RV-Nr.: _____

Krankenversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____

Pflegestufe: _____

Angehörige bzw. nahestehende Personen

Name: _____ Vorname: _____ Verwandtschaft: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Es liegt eine Betreuung oder Vollmachten vor (bitte Kopie des Nachweises beifügen).

Name: _____ Vorname: _____ Verwandtschaft: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Es liegt eine Betreuung oder Vollmachten vor (bitte Kopie des Nachweises beifügen).

Name: _____ Vorname: _____ Verwandtschaft: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Es liegt eine Betreuung oder Vollmachten vor (bitte Kopie des Nachweises beifügen).

Aufnahmeantrag

- Liegt eine demenzielle Veränderung / Erkrankung vor?

Ja	Nein

- Sind Sie inkontinent?

Ja	Nein

- Wurde ein Antrag auf Einstufung (Pflegeversicherung) gestellt?

Ja	Nein

Wenn ja: zu welchem Zeitpunkt wurde welche Pflegestufe durch den medizinischen Dienst festgestellt (bitte eine Kopie des Bescheides beilegen)?

Datum: _____ Pflegestufe: _____

- Heimkosten: Selbstzahler

Ja	Nein

Wenn nein, ist eine Kostenübernahme beantragt?

Ja	Nein

Wo? _____

- Liegt eine Schwerbehinderung vor? Wenn ja: _____%

Ja	Nein

- Von der Zuzahlung zu den Rezeptgebühren befreit? Wenn ja, bitte Befreiungsausweis vorlegen.

Wer ist der Hausarzt? (Anschrift): _____

Welcher Arzt soll Sie vorzugsweise behandeln?

Gewünschte Unterbringung: _____ Ab: _____

_____, den _____, _____
Ort
Datum
Unterschrift

Haus Weingarten
 Alten- und Pflegeheim
 Lilienstraße 2, 65451 Kelsterbach
 Telefon: 06107 / 7194 – 0; Fax: 06107 / 4143