



# Aufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um die Aufnahme zur:  vollstationären Pflege •  Kurzzeitpflege

Ist die Aufnahme in die Warteliste für ein Einzelzimmer gewünscht?  ja  nein

## Allgemeines:

Gewünschter  
Aufnahmeterrmin: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

zuständige  
Kirchengemeinde: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

WB, Zimmer: \_\_\_\_\_

ehem. Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

verwitwet/geschieden seit: \_\_\_\_\_

Name des Ehegatten: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Kinder  
(Anzahl + Namen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht/  
Betreuung vorhanden? \_\_\_\_\_  
(Bitte Kopie mit einreichen)

Wäscherei gewünscht?  ja  nein  
inkl. Kostenpflichtiger  
chemischer Reinigung?  ja  nein

## Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

Wird der o. g. Arzt die hausärztliche Versorgung im  
Heim übernehmen?  ja  nein

Beihilfeberechtigt:  ja  nein

bei nein:

Zuzahlungsbefreit:  ja  nein

neuer Hausarzt/: \_\_\_\_\_

Apotheke: \_\_\_\_\_

Hausarzt für die

\_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege \_\_\_\_\_





**Die nächsten Angehörigen/Bevollmächtigter/der amtlich bestellte Betreuer:**

**1. Ansprechpartner:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**2. Ansprechpartner:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Finanzen:**

**Aktuelles monatliches Einkommen:**

	Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag
1			
2			
3			

**Die Aufenthaltskosten werden aufgebracht durch:**

- mich selbst
- und/oder das Sozialamt in: \_\_\_\_\_
- und/oder von der entsprechenden Pflegekasse

**Kostenübernahmeerklärung:**

Ich erkläre, dass ich die Aufenthaltskosten bezahle bzw. die zukünftige Bewohnerin/der zukünftige Bewohner die Aufenthaltskosten bezahlt, soweit sie nicht von dem von mir genannten Kostenträger (siehe oben) übernommen werden. Ich wurde über den Leistungskatalog und die anfallenden Aufenthaltskosten umfangreich und ausreichend informiert.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Verhältnis zur Interessentin/zum Interessenten:

- Interessent/in     Tochter     Sohn
- Ehepartner     amtlich bestellter Betreuer

\_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift

**Aufnahme-Erklärung**

Diese Anmeldung ist unverbindlich und stellt keine Garantie auf einen Einzug dar. Ich wurde darüber informiert, dass nach Ablauf von 6 Monaten nach Eingang des Antrages, ohne weitere Rückmeldung (z.B. telefonisch, schriftlich) der Antrag erlischt.

\_\_\_\_\_ Name, Vorname

\_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift

**Kontaktaufnahme:**

Ev. Altenhilfezentrum Ahnatal  
Casselbreite 5, 34292 Ahnatal

Telefon: 05609 8036 0/ Fax: 05609 8036- 11

E-Mail: [info@ahnatal-gesundbrunnen.org](mailto:info@ahnatal-gesundbrunnen.org) / Internet: [www.ahnatal-gesundbrunnen.org](http://www.ahnatal-gesundbrunnen.org)

