

Antrag auf Aufnahme



Name, Vorname:	_____
Geburtsname:	_____
Straße:	_____
PLZ / Ort:	_____
Telefon:	_____

Geboren am: _____ in: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Familienstand: verheiratet verwitwet ledig geschieden

Staatsangehörigkeit: deutsch andere: _____

Konfession: römisch-katholisch evangelisch Sonstige: _____

Momentaner Aufenthalt: _____

Grund der Antragstellung: _____

Zukünftiger Ansprechpartner:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Verhältnis zum Antragsteller: _____

Generalvollmacht: ja nein beabsichtigt

Betreuung: ja nein beabsichtigt beantragt ungeklärt

in: _____ Aktenzeichen: _____

Betreuer: _____

Betreuung für folgende Bereiche:

Aufenthaltsangelegenheiten Gesundheitsfürsorge

Vermögensangelegenheiten Wohnungsangelegenheiten

freiheitsbeschränkende Maßnahmen Postangelegenheiten

Geschlossene Unterbringung erforderlich: ja nein

Antrag auf Aufnahme



-Seite 2-

Krankenkasse: _____ Vers.-nummer: _____

Pflegekasse wie Krankenkasse andere: _____

Antrag auf Leistungen des Pflegeversicherungsgesetz gestellt: ja nein

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5

Renten: _____ €

_____ €

sonstige Einkommen: _____ €

Selbstzahler: ja nein

Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt gestellt: ja nein

Sozialamt: _____ Aktenzeichen: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Facharzt: _____ Telefon: _____

_____ Telefon: _____

_____ Telefon: _____

Hilfsmittel: Rollator Rollstuhl Antidekubitusmatratze Absauggerät

Sauerstoffgerät Anderes: _____

Ist der Antragsteller Raucher? ja nein

Raum für Anmerkungen:

Datum, Unterschrift

Mit diesem Antrag entstehen für Sie keinerlei Verbindlichkeiten. Ihre Daten werden nur im Zusammenhang mit Ihrer gewünschten Aufnahme benutzt. Sollten wir gegenseitig nach Ablauf von drei Monaten nicht erneut in Kontakt getreten sein, wird dieser Antrag automatisch vernichtet. Wir bitten um Nachricht, falls Sie die Anmeldung nicht aufrecht erhalten möchten.