

Bewohner Nr.:		AUFNAHMEANTRAG		 IN DEN BRUNNENWIESEN PFLEGEINRICHTUNG		Aufnahme-Datum:	
Name/Vorname:		EZ <input type="checkbox"/>	DZ <input type="checkbox"/>	Zi.-Nr.:	Tel.-Nr.:		
Geburtsname:		Geb.-Datum:		Geb.-Ort:			
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		Konfession:					
Hausarzt Anschrift:		Einzug von:					
		Anschrift letzter Wohnort:					
Tel.:							
Krankenkasse Anschrift/KV Nr.:		Pflegekasse Anschrift/KV Nr.:					
Tel.:		Tel.:					
Angehörige Anschrift/Verwandtschaftsgrad:		Angehörige Anschrift/Verwandtschaftsgrad:					
Tel.:		Tel.:					
Angehörige Anschrift/Verwandtschaftsgrad:		Betreuer Anschrift:			Wirkungskreis:		
Tel.:		Tel.:			Tel.:		
Name/Anschrift/Tel. Nr. der Person, die im Krankheits- oder Todesfall zu benachrichtigen ist:							
Todesfall/Beerdigungsinstitut:				Feuerbestattung <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/>			
Vorabestufung nach SGB XI		0	I	II	III		
(eine schriftliche Bestätigung ist beizufügen)							
Einstufung nach SGB XI		0	I	II	III HF		
<input type="checkbox"/> KZP <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		von		bis			
Pfleigestufe		0	I	II	III		
<input type="checkbox"/> Probewohnen		von		bis			
Pfleigestufe		0	I	II	III		
APH/KZP nach Krankenhaus		von		bis			
tägl- Satz EURO		Pfleigestufe:		I	II III		
Sondernahrung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ab wann:				Inkontinent: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ab wann:			

Bewohner Name:

AUFNAHMEANTRAG



Seite 2

Rechnungsanschrift:	Bankverbindung/Name Kontoinhaber:

Renten:	Rentenhöhe	Rentenzeichen:	Leistungsträger:
	€		
	€		
	€		
	€		

Sämtliche Rentenbescheide bitte unbedingt in Kopie beifügen!

Sonstiges Einkommen:	€
	€
	€

Reicht das Einkommen aus zur Deckung der Pflegekosten? ja nein

Sind Sie Selbstzahler? ja nein

Besteht ein Anspruch auf Beihilfe o. Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen? ja nein

Haben Sie bereits Kontakt mit dem zuständigen Sozialamt aufgenommen?
Wenn ja, Anschrift, Ansprechpartner und Aktenzeichen des Sozialamtes.

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beigefügt und vollständig mit abzugeben.
 Leistungsbescheid der Pflegekasse Ärztlicher Fragebogen Frei von ansteckenden Krankheiten Inkontinenzbescheinigung

Ich melde mich hiermit für die Aufnahme zum: _____ verbindlich an.

Ort/Datum:	Unterschrift/Funktion: