



## Heimaufnahmeantrag

Privat Alten- und Pflegeheim Stauzebach GmbH  
Hardtstr. 3-6  
35075 Gladenbach

### Angaben zur Person des Antragstellers/der Antragstellerin

Nachname, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum & -ort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Personalausweis/ Reisepass vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Angehörige des Antragstellers/der Antragstellerin

Name, Vorname	Wie verwandt	Anschrift	Telefon

### Sonstige allgemeine Daten

Als Betreuer/Betreuerin wurde bestellt:

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon	
Durch (Amtsgericht)	
Beschlussdatum	
Aktenzeichen	

Hausarzt:

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon	

Krankenkasse:

Name	
Anschrift	
Mitgliedsnummer	
Art des Versicherungsverhältnisses	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Pflegeversicherung (waren Sie bisher in der häuslichen Pflege eingestuft?)	<input type="checkbox"/> ja      welche Stufe? _____ <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, wurde ein Antrag auf Einstufung in der häuslichen Pflege gestellt?	<input type="checkbox"/> ja      häuslich/stationär <input type="checkbox"/> nein
Aufnahmedatum	Von _____ bis _____

Folgende Personen sollen bei schwerer Krankheit benachrichtigt werden

Name, Vorname	Anschrift	Telefon

Weitere Informationen zum Antragsteller/zur Antragstellerin

Ist der Antragsteller/die Antragstellerin bereits in einer Einrichtung oder z. Zt. In einem Krankenhaus untergebracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja:	Von _____ bis _____
Name und Anschrift der Einrichtung oder des Krankenhauses	

Angaben über die Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin

Die Pflegekosten übernimmt:	<input type="checkbox"/> der Aufzunehmende als Selbstzahler voraussichtlich bis _____ <input type="checkbox"/> die zuständige Sozialverwaltung voraussichtlich bis _____
<u>Nur für Selbstzahler:</u> Summe der monatlichen Einkünfte Rechnungen senden an:	ca. _____ _____
<u>Nur für Sozialhilfeempfänger:</u> Die Pflegekosten werden voraussichtlich von folgendem Sozialamt übernommen:  Wurde eine Kostenübernahme bereits beantragt?  Wenn ja: wann  Wo	 _____  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  _____ _____

Befreiung verschiedener Dienste (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Befreiung von Zuzahlungen bei der Krankenkasse

Voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

- Befreiung von der Rundfunkgebühr

Voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

- Blindengeldempfänger

Voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

Welches Bestattungsinstitut soll im Todesfall beauftragt werden? (nur ausfüllen, wenn bestimmtes Institut gewünscht ist)

Name	
Anschrift	
Telefon	

## Weiteres Vorgehen

### Kontakt

Ja / Nein

Ich bitte um Rückruf

Tel: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Antwort per Email

Mail: \_\_\_\_\_

### Terminwunsch

Ja

Nein

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in bzw.  
Betreuer/in