



des Betreuers/Bevollmächtigten: .....

## Aufnahmetermin

## Unterbringung im

am.....

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

**Krankenkasse/Pflegekasse:**.....Mitglieds-Nr. ....

.....  
Anschrift der KK/PK

Pflegegrad bereits vorhanden ☐ ja

welcher: .....

☐ nein

**(bitte Pflegegradbescheid beifügen)**

Pflegegrad wird beantragt durch: .....

Begutachtung erfolgte am: .....

## Beihilfeberechtigung

Bezeichnung der Beihilfestelle:.....

.....  
Anschrift der Beihilfestelle

**Befreiung von Zuzahlungen** ☐ ja

☐ nein

Ausstellungsdatum Befreiungskarte: .....

☐ Fahrtkostenbefreiung bis ..... ☐ Zuzahlung f. Medikamente/Heil- und Hilfsmittel: bis:.....

## Benennung der behandelnden Ärzte

Gesundheitswesen	Name	Anschrift	Tel. Nr.
Hausarzt			
Facharzt für			
Facharzt für			
Facharzt für			

## Impfstatus der aufzunehmenden Person:

**letzte Tetanusimpfung:** .....

Impfausweis liegt vor: ☐ ja ☐ nein

**Monatliches Nettoeinkommen** (bitte Nachweise beifügen)

Art des Einkommens	Betrag	Unterlagen liegen vor:
Altersrente / Pension		
Witwenrente		
Unfallrente, Blindenrente etc.		
Lebensversicherung		
Kriegsopfer / Beihilfe		
Sonstiges		

**Übernahme des Heimentgeltes**

- ☐ aus oben aufgeführtem monatlichem Einkommen  
☐ Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)      ☐ Zuzahlung von Dritten .....  
☐ durch das zuständige Sozialamt.....  
     ☐ Sozialhilfeantrag erforderlich      ☐ Antrag erfolgte durch/am .....

**Angaben zur Bestattung**

Liegt ein Vorsorgevertrag vor?      ☐ ja      ☐ nein

Bestattungsinstitut: .....

Friedhof / Ort:..... Bestattungsart:.....

**Hinweise zum Datenschutz:**

Mit Abgabe des Aufnahmeantrages erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten elektronisch verarbeitet und im Rahmen der Belegungsplanung und Heimaufnahme im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert werden. Bei nicht zu Stande kommen einer Heimaufnahme werden die Unterlagen/Daten vernichtet. Die Datenschutzhinweise sind im Bereich Sozialdienst bzw. bei der Einrichtungsleitung des Objektes jederzeit einzusehen.

**Bei Abgabe dieses Antrages bitte eine Kopie beifügen von:**

Personalausweis, Krankenversicherungskarte, Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung, Pflegegradbescheid

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätige/n, dass ich/wir diese Selbstausskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe/n.

.....  
Ort, Datum

.....  
Ort, Datum

.....  
Bewohnerin

.....  
Betreuer/in / Vertreter/in