

# Aufnahmeantrag

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Aufnahme ab: _____  | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege* von _____ bis _____  |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege* von _____ bis _____   | <b>Bitte denken Sie daran rechtzeitig den entsprechenden Antrag bei der Pflegekasse zu stellen.</b> |
| Eine Patientenverfügung liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Eine Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |
| Eine rechtliche Betreuung liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>(Bitte Kopien der entsprechenden Formulare vorlegen)</b>                           |   |

|  |  |
|--|--|
| Name, Vorname: _____   |  |
| Adresse: _____   |  |
| Geboren am: _____  | Geburtsort: _____  |
| Geburtsname: _____   | Familienstand: _____   |
| Staatsangehörigkeit: _____   | Konfession: _____  |
| Krankenversicherung: _____   | Krankenversicherungsnummer: _____  |
| Versichertenkarte gültig bis: _____  | Adresse der Krankenversicherung: _____   |
| <b>Bitte Kopie der Versichertenkarte vorlegen</b>  |  |
| Pflegegrad: _____ seit: _____  | Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ |
| Erfolgt eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Falls ja, Name und Adresse des Pflegedienstes: _____   |  |
| _____  |  |
| COVID-19-Impfung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____                                       |  |

|   |
|---|
| <b>Finanzierung / Eigenanteil</b>   |
| <input type="checkbox"/> Selbstzahler*in (Bitte Kopie des Rentenbescheids vorlegen) |
| <input type="checkbox"/> Sozialamt, Antrag gestellt am: _____                       |
| Rechnungsempfänger: _____   |
| _____   |

\* Bitte beachten Sie, dass mit Antragstellung für eine Kurz- und / oder Verhinderungspflege in unserem Haus mit sofortiger Wirkung eine Vorauszahlung in Höhe von 200€ zu zahlen ist.

Sollten Sie den Einzugstermin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen spätestens 14 Tage vorher abzusagen (Ausnahme bei Todesfall).

# Aufnahmeantrag

1. Ansprechpartner (Familienangehöriger, rechtlicher Betreuer, Vertrauensperson):

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Verhältnis:

Ehepartner\*in / Lebensgefährt\*in

Tochter / Sohn

Rechtliche(r) Betreuer\*in

Vollmachtinhaber\*in

**Bitte Kopien des Betreuungsausweises bzw. der entsprechenden Vollmacht vorlegen**

2. Ansprechpartner (Familienangehöriger, rechtlicher Betreuer, Vertrauensperson):

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Verhältnis:

Ehepartner\*in / Lebensgefährt\*in

Tochter / Sohn

Rechtliche(r) Betreuer\*in

Vollmachtinhaber\*in

**Bitte Kopien des Betreuungsausweises bzw. der entsprechenden Vollmacht vorlegen**

Hausarzt:

Telefonnummer:

Adresse:

Facharzt (falls vorhanden):

Telefonnummer:

Adresse:

Personalausweis:  liegt vor, gültig bis: \_\_\_\_\_

liegt nicht vor, abgelaufen am: \_\_\_\_\_

Ersatzdokument liegt vor

Schwerbehindertenausweis:  liegt vor, gültig bis: \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_

liegt nicht vor

Befreiung von der Medikamentenzuzahlung:  liegt vor, gültig bis: \_\_\_\_\_

liegt nicht vor

Beihilfeberechtigung:  liegt vor  liegt nicht vor

**Bitte von allen hier aufgeführten und vorhandenen Dokumenten eine Kopie vorlegen**

# Aufnahmeantrag

## Sterbevorsorge

Wurden Vorkehrungen für den Todesfall getroffen?  ja  nein

Falls ja:

Name, Adresse & Telefonnummer des Bestattungsinstitutes: \_\_\_\_\_

Bestattungsart:  Erdbestattung  Feuerbestattung  sonstige Bestattungsart

Name, Adresse & Telefonnummer der gewünschten seelsorgerischen Betreuung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Haben Sie noch Fragen? Dann sind folgende Ansprechpartner gerne für Sie da:

Frau Vera Schultes

Pflegedienstleitung

Seniorenzentrum Wolfhagen gGmbH

Karlstraße 18, 34466 Wolfhagen

Tel.: 05692-9965-228

Fax: 05692-9965-250

Zentrale: 05692-9965-0

✉ vera.schultes@seniorenzentrum-wolfhagen.de

Frau Ute Hose

Bewohnerverwaltung / Zimmermanagement

Seniorenzentrum Wolfhagen gGmbH

Karlstraße 18, 34466 Wolfhagen

Tel.: 05692-9965-204

Fax: 05692-9965-250

Zentrale: 05692-9965-0

✉ ute.hose@seniorenzentrum-wolfhagen.de

Hiermit stelle ich einen verbindlichen Aufnahmeantrag für das Seniorenzentrum Wolfhagen gGmbH, Karlstraße 18, 34466 Wolfhagen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in / gesetzliche Vertretung