



Bewohner Nr. :		<b>Hermann Schall Haus</b> <b>AUFNAHMEANTRAG</b>			Aufnahme Datum:				
					Zi.Nr.:				
					Tel.Nr.				
					Seite 1				
Name/Vorname:		Geburtsort:		Geb. Datum. :		EZ <input type="checkbox"/>			
						DZ <input type="checkbox"/>			
Geburtsname:		Familienstand:		Konfession:					
Hausarzt Anschrift:				Einzug von:					
				Anschrift letzter Wohnort:					
Tel.:									
Krankenkasse Anschrift /KV-Nr.				Pflegekasse Anschrift / KV-Nr.					
Tel.:				Tel.:					
Angehörigen Anschrift / Verwandtschaftsgrad:				Angehörigen Anschrift / Verwandtschaftsgrad:					
Tel.:				Tel.:					
Angehörigen Anschrift / Verwandtschaftsgrad:				Betreuer Anschrift:		Wirkungskreis:			
Tel.:				Tel.:					
Todesfall/Beerdigungsinstitut :				Feuerbestattung:		Erdbestattung:			
Vorabestufung nach SGB XI				0	I	II	III	IV	V
<b>(eine schriftliche Bestätigung ist beizufügen )</b>									
Einstufung nach SGB XI				0	I	II	III	IV	V
<input type="checkbox"/> KZP <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege				von		bis			
Pflegegrad				0	I	II	III	IV	V
<input type="checkbox"/> Probewohnen				von		bis			
Pflegegrad				0	I	II	III	IV	V

Bewohnername:

Seite 2

APH / KZP nach Krankenhaus	von						bis
tägl.- Satz EURO	Pflegegrad:	0	I	II	III	IV	V

Sondernahrung : ja / nein      ab wann:      Inkontinent : ja / nein      ab wann:

Rechnungsanschrift:      Bankverbindung / Name Kontoinhaber:


Renten:	Rentenhöhe	Rentenzeichen:	Leistungsträger:
	€		
	€		
	€		
	€		

**Sämtliche Rentenbescheide bitte unbedingt in Kopie beifügen !**

Sonstige Einkommen :	€
	€
	€

Reicht das Einkommen aus zur Deckung der Pflegekosten ?      ja / nein

Sind Sie Selbstzahler ?      ja / nein

Besteht ein Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen ?      ja / nein

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


Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beigelegt 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 :