

### Aufnahmeantrag

Karlstr. 18, 34466 Wolfhagen  
 Telefon: 05692/9965-0  
 Fax: 05692/9965136

<input type="checkbox"/> <b>Aufnahme vollstationär</b> ab: _____	<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b> von: _____ bis: _____		
<input type="checkbox"/> <b>Aufnahme teilstationär:</b> ab: _____	Antrag bei Krankenkasse gestellt am: _____		
<input type="checkbox"/> Tagespflege } an folgenden Tagen: _____ <input type="checkbox"/> Nachtpflege }	<input type="checkbox"/> <b>Verhinderungspflege</b> von: _____ bis: _____ Antrag bei Krankenkasse gestellt am: _____		
Zuname: _____	Vorname: _____		
geboren am: _____	Geburtsort (Kreis, Land): _____		
Geburtsname: _____	Staatsangehörigkeit: _____		
Familienstand: _____	seit: _____		
Beruf: _____	Konfession: _____		
Wohnort: _____	PLZ: _____		
Straße: _____	Hausnummer: _____		
Tel.-Nr.: _____			
<b>Wo sind Sie polizeilich gemeldet?</b>			
Familienangehörige bzw. Ansprechpartner	Adresse:	Tel.-Nr.:	Verwandtschaftsgrad
Liegt eine Vollmacht vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Liegt eine Betreuung vor? <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein			
Name und Adresse des Bevollmächtigten: _____			
<b>Bitte Kopie der Vollmacht/Betreuung vorlegen</b>			
Patientenverfügung vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Bitte Kopie vorlegen</b>			
<b>Pflegestufe vorhanden?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit: _____ Pflegestufe: _____
Pflegestufe beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit: _____ <input type="checkbox"/> nein
Weitere Versorgung zu Hause durch Pflegedienst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Name und Adresse des ambulanten Dienstes: _____			

Antrag auf  vollstationäre Pflege gestellt am: \_\_\_\_\_  
 teilstationäre Pflege  
 Verhinderungspflege

Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_ Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versichertenkarte gültig bis: \_\_\_\_\_

Genauere Adresse der Krankenversicherung:

Personalausweis gültig bis: \_\_\_\_\_ abgelaufen am: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis gültig bis: \_\_\_\_\_

**bitte vorlegen**

Befreiung von der Medikamentenzahlung:  ja  nein  
**wenn ja, bitte Ausweis vorlegen**

Hausarzt : Adresse:	Facharzt: Adresse:
Tel. Nr.:	Tel. Nr.:

Haben Sie Vorkehrungen nach dem Ableben getroffen?  ja  nein  
 Wenn ja:

Bestattungsinstitut  
 Name: \_\_\_\_\_  Feuerbestattung  Erdbestattung

Adresse: \_\_\_\_\_

Zuständiger Pfarrer: \_\_\_\_\_

Finanzierung der Kosten: Selbstzahler: \_\_\_\_\_ Sozialamt: \_\_\_\_\_ Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

**wenn Selbstzahler, Rentenbescheid Kopie**

Wünsche bezüglich der Aufnahme:  Einzelzimmer  Doppelzimmer  
 Besondere Wünsche:

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Antragstellers
---------------------	--