

## Aufnahmeantrag

für das Pflegezentrum       für die Kurzzeitpflege

Zu meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen gebe ich an:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

früher wohnhaft: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand:     ledig             verheiratet       verwitwet       geschieden       getrennt lebend

### Ansprechpartner

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

wie verwandt: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

2. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

wie verwandt: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Betreuer oder Bevollmächtigter

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

wie verwandt: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Sonstiges**

Anerkannter Pflegegrad

der Pflegeversicherung

(bitte Einstufungsbescheid beifügen): \_\_\_\_\_

Ich bin krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

Mein Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ambulanter Pflegedienst: \_\_\_\_\_

**Ich beziehe monatlich:**

Angestellten Vers. Rente:  ja  nein

Witwenrente:  ja  nein

Pension:  ja  nein

Beihilfe:  ja  nein

Kriegsopferfürsorge:  ja  nein

**Deckung der monatlichen Heimpflegekosten durch:**

Renten:  ja  nein

Vermögen:  ja  nein

Pflegewohngeld:  ja  nein

Sozialhilfe:  ja  nein

Geimpft (Impfbescheinigung liegt vor)

1. Impfung Datum/Wirkstoff: \_\_\_\_\_

2. Impfung Datum/Wirkstoff: \_\_\_\_\_

3. Impfung Datum/Wirkstoff: \_\_\_\_\_

Genesen erkrankt am \_\_\_\_\_ genesen am \_\_\_\_\_

Nicht geimpft (Grund warum nicht): \_\_\_\_\_

**Diese Anmeldung muss alle 6 Monate schriftlich oder telefonisch erneuert werden,  
da sonst eine Streichung aus der Bewerberliste erfolgt.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers, ggf. des Vertreters

Seite 2/2