

	7-1 Beratung von Interessenten Aufnahmeantrag	Geltungsbereich: VW	
	Dokument: Aufnahmeantrag	Phase: DO/CHECK	

Aufnahmeantrag für das Pflegezentrum Astor Stift

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege Gewünschter Aufnahmetermin: _____
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege von _____ bis _____

Eingangsstempel Pflegezentrum Astor-Stift

Persönliche Angaben

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsname:	Geschlecht:
Straße:	PLZ, Wohnort
Telefon:	Mail:
Familienstand:	Konfession:

Angaben zur Versicherung und Pflegesituation

Name:	Vers.Nr.:
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Vers. <input type="checkbox"/> Privatversicherung	
Erhalten Sie bereits Leistungen Ihrer Pflegekasse? Wenn ja, ab wann?	<input type="checkbox"/> Ja, ab _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ist beantragt, PG _____
Wenn ja, welcher Schweregrad?	<input type="checkbox"/> PG1 <input type="checkbox"/> PG2 <input type="checkbox"/> PG3 <input type="checkbox"/> PG4 <input type="checkbox"/> PG5
Welche Mobilitätseinschränkungen bestehen?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Rollator mobil <input type="checkbox"/> Rollstuhl mobil <input type="checkbox"/> Bettlägerig
Wurde ein Antrag auf Leistungen für Kurzzeitpflege gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde ein Antrag auf Leistungen für vollstationäre Pflege gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Befreiung zur Zuzahlung (Medikamente)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ist beantragt

Erstellt/bearbeitet von QM:	Geprüft von GL:	Freigabe: Q-Koord / GL	Revision am:	Version:
Datum: 17.04.23/14.08.23	Datum: 14.08.23	Datum: 14.08.23	Datum: August 2025	1.1

	7-1 Beratung von Interessenten Aufnahmeantrag	Geltungsbereich: VW	
	Dokument: Aufnahmeantrag	Phase: DO/CHECK	

Kostenübernahme – Wer bezahlt die Heimentgelte?

- Pflegekasse: _____ Bewohnerin/Bewohner selbst
 andere Person: _____ andere Stelle: _____
 Sozialhilfeantrag ist/wird gestellt Laufenden monatl. Einnahmen: _____ €
 Welche Stelle zahlt die Rente? _____

Angaben zu Angehörigen

Zu verständigen im Notfall	Vertretungsweise zu verständigen im Notfall
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße:	Straße:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon dienstl.:	Telefon dienstl.:
Mobil:	Mobil:
Mail:	Mail:

Angaben zu Betreuerin/Betreuer/Bevollmächtigte/r

Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> ist Angehörige/r*	Gesetzl. Betreuer/in <input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Name*:	Name:
Vorname*:	Vorname:
Straße:	Straße:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon dienstl.:	Telefon dienstl.:
Mobil:	Mobil:
Mail:	Mail:

Bitte Betreuerausweis in Kopie beilegen

Erstellt/bearbeitet von QM:	Gepprüft von GL:	Freigabe: Q-Koord / GL	Revision am:	Version:
Datum: 17.04.23/14.08.23	Datum: 14.08.23	Datum: 14.08.23	Datum: August 2025	1.1

	7-1 Beratung von Interessenten Aufnahmeantrag	Geltungsbereich: VW	
	Dokument: Aufnahmeantrag	Phase: DO/CHECK	

Umfang der Vollmacht/Patientenverfügung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bankvollmacht | <input type="checkbox"/> Vermögensvollmacht (notariell beglaubigt) |
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> alle persönlichen Angelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden | |

Bitte Vollmacht und Patientenverfügung in Kopie beilegen!

Angaben zur ärztlichen Versorgung

Aktueller Hausarzt <input type="checkbox"/> wird beibehalten	Facharzt für _____
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße:	Straße:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax.:
Mail:	Mail:

Name des in der Einrichtung gewünschten Hausarztes: _____

Weitere aktuelle behandelnde Fachärzte: _____

Wichtige Abfrage/Information zur Aufnahme:

Liegen die Bescheide der Pflegekasse zur Aufnahme vollstationäre Pflege/KZP/VHP vor:

- Ja Nein -> Die Aufnahme in unsere Einrichtung ist dann grundsätzlich nur als Selbstzahler möglich!

Erstellt/bearbeitet von QM:	Geprüft von GL:	Freigabe: Q-Koord / GL	Revision am:	Version:
Datum: 17.04.23/14.08.23	Datum: 14.08.23	Datum: 14.08.23	Datum: August 2025	1.1

	7-1 Beratung von Interessenten Aufnahmeantrag	Geltungsbereich: VW	
	Dokument: Aufnahmeantrag	Phase: DO/CHECK	

Datenschutz/Einverständniserklärung

1. Aufgelistet Daten dürfen erhoben werden und in der Einrichtung (Astor-Stift Pflegezentrum) verwendet werden. Die Weitergabe an Dritte (mit Ausnahmen an Hausarzt, Facharzt, Betreuerin/Betreuer, Angehörige) untersage ich.

Ja Nein

2. Ich stimme zu, dass man mich oder meine mich vertretende Person persönlich ansprechen, anrufen oder anmailen darf, insoweit es mit dem Astor-Stift Pflegezentrum zu tun hat, auch im Rahmen von (Kontaktaufnahmen):

- Interesse an Heimaufnahme Ja Nein
- Warteliste Ja Nein

3. Ich erteile hiermit die Zustimmung zur Speicherung meiner Daten im Rahmen des Belegungsmanagements und des Kontaktmanagements, da diese Informationen im Rahmen der Betreuung, Versorgung und Pflege meiner Person unabdingbar sind. Hierzu zählen u.a. die gesamte Pflegedokumentation und die Biographiearbeit.

Ja Nein

Datum, Ort

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Erstellt/bearbeitet von QM:	Geprüft von GL:	Freigabe: Q-Koord / GL	Revision am:	Version:
Datum: 17.04.23/14.08.23	Datum: 14.08.23	Datum: 14.08.23	Datum: August 2025	1.1