

# Aufnahmeantrag – Stationäre Pflege



**AUFNAHMEANTRAG** für das  
ASTOR-STIFT Pflegezentrum

Winterstraße 8  
69190 Walldorf

(Von der Einrichtung auszufüllen)

SD
<input type="checkbox"/> Erf. ....(Zeichen)

**Antrag bitte vollständig ausfüllen! Kann sonst nicht angenommen werden.**

Erstantrag     Folgeantrag     über IAV .....  
 Vorsorgeantrag

Name <input style="width: 90%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 90%;" type="text"/>
Art <input type="checkbox"/> Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	

## Bisheriger Wohnort

PLZ/Ort	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Straße/Nr.	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Land	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Telefon	<input style="width: 90%;" type="text"/>
E-Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>

## Personalien

Geschlecht	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Fam.-Stand	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Geb.-Datum	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Geb.-Name	<input style="width: 90%;" type="text"/>
		Titel	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Staatsang.	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Konfession	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Geboren in	<input style="width: 90%;" type="text"/>		

## Unterbringung

**Gewünschter Aufnahmetermin**

**Unterbringungswunsch**     Einzelzimmer

Dringlichkeit:      Doppelzimmer

**Pflegebedürftigkeit**     nein    ja    bettlägerig

Rollstuhlfahrer     nein    ja

Bereits durch MDK eingestuft in Grad

seit/ab  lt. Bescheid vom

## Kostenübernahme

Wer bezahlt die Heimentgelte?

der Bewohner selbst     andere Person

andere Stelle

Unterstützung nach Sozialgesetzbuch wird beantragt

Laufende Einnahmen  monatl.

Welche Stelle zahlt die Rente?

Vermögen zur Absicherung der Kostenbegleichung vorhanden

## Zu verständigen im Notfall

Betreuer    Angehör.     sonst. Bekannte/r

Verw.-Grad	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Name	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>
PLZ/Ort	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Straße	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel. privat	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel. dienstl.	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel. mobil	<input style="width: 90%;" type="text"/>
E-Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>

## Vertretungsweise zu verständigen im Notfall

**Angehörige**

Verw.-Grad	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Name	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>
PLZ/Ort	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Straße	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel. privat	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel. dienstl.	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel. mobil	<input style="width: 90%;" type="text"/>
E-Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>

# Aufnahmeantrag – Stationäre Pflege

## weitere Angehörige

Verw.-Grad

Name	
Vorname	
PLZ/Ort	
Straße/Nr.	
Tel. privat	
Tel. dienstl.	
Tel. mobil	
E-Mail	

## Behandelnder Arzt

 wird beibehalten

Name	
Vorname	
PLZ/Ort	
Straße/Nr.	
Tel. privat	
Tel. dienstl.	
Tel. mobil	
E-Mail	

## Gesetzl. Betreuer

über

Name	
Vorname	
Adresse	
Tel. privat	
Tel. dienstl.	
Tel. mobil	
E-Mail	

\*) Weitere Angehörige auf Biographie-Bogen angeben

## Krankenkasse / Pflegekasse

 privat versichert

Anschrift	
Telefon	
Fax	

\*\*) nur bei Pflichtversicherten anzugeben

 privat vers.

## Bevollmächtigter ist Angehöriger

Name	
Adresse	
Telefon	

## Umfang der Vollmacht

- Bank  
 Vorsorgevollmacht liegt vor (bitte Kopie beilegen)

## Kostenbefreiung besteht für

Rezeptgebühr 

- Vermögensvollmacht (notariell beglaubigt)  
 alle persönlichen Angelegenheiten

Aufgelistete Daten dürfen erhoben und in der Einrichtung (Astor-Stift-Pflegezentrum) verwendet werden.  
Die Weitergabe an Dritte (mit Ausnahme an Hausarzt, Betreuer, Angehörige) untersage ich.  ja  nein

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 einer Heimaufnahme  ja  nein  
Warteliste  ja  nein  
Unterbreiten von Dienstleistungsangeboten  ja  nein

Ich erteile 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 ges. Pflegedokumentation und die Biographiearbeit.  ja  nein

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Antragsteller