

AUFNAHMEANTRAG

(Vom der Einrichtung auszufüllen)

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

für das
ASTOR-STIFT Pflegezentrum
 Winterstr. 8
 69190 WALLDORF

Antrag bitte vollständig ausfüllen ! Kann sonst nicht angenommen werden.

Erstantrag Folgeantrag über IAV
 Vorsorgeantrag

Vorname		Name	
Art	<input type="checkbox"/> Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		

Bisheriger Wohnort

PLZ+Stadt		
Straße, Nr.		
PLZ		Ort
Land		
Telefon		

Unterbringung

Gewünschter Aufnahmeterrin: _____

Unterbringungswunsch Einzelzimmer

Dringlichkeit: _____ Doppelzimmer

Pflegebedürftigkeit nein ja bettlägerig

Rollstuhlfahrer nein ja

Bereits durch MDK eingestuft in Stufe _____

seit/ab _____ lt. Bescheid vom _____

Personalien

Geschlecht		Fam.stand	
Geb.datum		Geb.name	
		Titel	
Staatsang.			
Konf.			
Geboren in:			

Kostenübernahme Wer bezahlt die Heimentgelte?

der Bewohner selbst andere Personen

andere Stelle _____

Unterstützung nach Bundessozialhilfegesetz wird beantragt

Laufende Einnahmen _____ monatl.

Welche Stelle zahlt die Rente ? _____

Vermögen zur Absicherung der Kostenbegleichung vorhanden

Zu verständigen im Notfall sonst. Bekannte/r

Betreuer Angehör. Verw.-Grad _____

Name:		
Vorn.:		
PLZ+Stadt		
Strasse:		
Tel.priv.:		
Tel.dienstl.:		
Tel.mobil:		
e mail:		

Vertretungsweise zu verständigen im Notfall

Angehörige Verw.-Grad _____

Name:		
Vorn.:		
PLZ+Stadt		
Strasse:		
Tel.priv.:		
Tel.dienstl.:		
Tel.mobil:		
e mail:		

weitere Angehörige Verw.-Grad _____

Name:		
Vorn.:		
PLZ+Stadt		
Strasse:		

Behandelnder Arzt wird beibehalten

Name		
Vorn.:		
PLZ+Stadt		
Strasse:		

zu Prozess 7-1

Tel.priv.: _____
 Tel.dienstl.: _____
 Tel.mobil: _____
 e mail: _____

Tel.priv.: _____
 Tel.dienstl.: _____
 Tel.mobil: _____
 e mail: _____

Gesetzl. Betreuer über: _____
über: _____
 Name: _____
 Vorn: _____
 Adresse: _____
 Tel.priv.: _____
 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: _____
 Tel.: _____
Umfang der Vollmacht:
 Bank
 vorsorgevollmacht liegt vor (bitte kopie belegen)

Kostenbefreiung besteht für
 Rezeptgebühr: _____
 Vermögensvollmacht (notariell beglaubigt)
 alle personl. Angelegenheiten

Aufgelistete Daten dürfen erhoben werden 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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Warteliste | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Unterbreiten von Dienstleistungsangeboten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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

 Datum Unterschrift Antragsteller