

Aufnahmeantrag vollstationäre Pflege Theresienheim

Goethestraße 11-13
15566 Schöneiche
Tel.: 030649086

Ihre Daten:	
O Frau / O Herr	
Nachname	
ggf. Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum	
aktuelle Adresse:	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
Telefonnummer	
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?	<input type="radio"/> ja, ich bin Selbstzahler <input type="radio"/> nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.
Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)	
Schwerbehindertenausweis vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krankenkasse/ Versicherungsnummer	
Wurden Sie bereits in eine Pflegestufe eingestuft?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Pflegestufe 1 <input type="radio"/> ja, Pflegestufe 2 <input type="radio"/> ja, Pflegestufe 3 <input type="radio"/> ja, Pflegestufe 3, Härtefall
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bestehen gerichtliche Betreuungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, für welche Bereiche?
ggf. Name und Anschrift des Betreuers, Telefon	
Lebenssituation	<input type="radio"/> allein stehend <input type="radio"/> mit Ehe-/Lebenspartner <input type="radio"/> bei/mit Kindern
Familienstand	
Konfession	

Aufnahmeantrag vollstationäre Pflege Theresienheim

Goethestraße 11-13
15566 Schöneiche
Tel.: 030649086

Wie dringend ist die Aufnahme?		<input type="checkbox"/> sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind <input type="checkbox"/> sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und allein nicht mehr zurecht komme <input type="checkbox"/> dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind <input type="checkbox"/> weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung
gewünschter Aufnahmetermin:		
Einzelzimmer/ Doppelzimmer		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
Angaben zum Gesundheitszustand (Krankheiten/ Behinderungen)		
wichtige Angehörige*		
1.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
weitere Anmerkungen		
Ich verpflichte mich, das Theresienheim sofort zu verständigen, wenn ich meinen Antrag nicht mehr aufrecht erhalte.		
Datum, Ihre Unterschrift		
ggf. Datum, Unterschrift ihres Lebens- oder Ehepartner		
ggf. Datum, Unterschrift des Betreuers		