



Aufnahmeantrag

- stationäre Pflege Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
 Einzelzimmer Doppelzimmer
_____ von _____ bis _____

Personendaten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsname
_____	_____	_____
Straße	PLZ / Ort	Telefon
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft Familienstand	_____	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch Konfession
_____	_____	_____
Datum / Ort der Eheschließung		
<input type="checkbox"/> Ja (Kopie) <input type="checkbox"/> Nein Personalausweis	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie) <input type="checkbox"/> Nein Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie) <input type="checkbox"/> Nein Schwerbehindertenausweis

Krankenkasse/Pflegekasse

<input type="checkbox"/> AOK _____ <input type="checkbox"/> Barmer GEK <input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> BKK _____ <input type="checkbox"/> DAK	<input type="checkbox"/> IKK _____ <input type="checkbox"/> TK
_____	_____	_____
Name	Straße	PLZ / Ort
_____	_____	_____
Telefon	Fax	
<input type="checkbox"/> Ja (Kopie) <input type="checkbox"/> Nein Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie) <input type="checkbox"/> Nein Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Pflegegradeinstufung beantragt
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Pflegegradeinstufung liegt vor (Kopie)	_____	_____
Datum erste Einstufung		Versicherungsnummer

Kostenträger

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Antrag auf Sozialhilfe	_____
		Aktenzeichen Sozialamt

Rechnungsempfänger

_____	_____	_____
Name	Vorname	Straße
_____	_____	_____
PLZ / Ort	Email	Telefon
		Fax

SEPA-Lastschriftmandat

_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lastschriftverfahren gewünscht
Bank	IBAN	

Ehegatte, Angehörige, bzw. weitere Kontaktpersonen

a.

_____	_____	_____
Name	Vorname	Beziehungsstatus
_____	_____	_____
Straße	PLZ / Ort	Telefon / Fax



b.

Name _____ Vorname _____ Beziehungsstatus _____

Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon / Fax _____
c.

Name _____ Vorname _____ Beziehungsstatus _____

Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon / Fax _____
d.

Name _____ Vorname _____ Beziehungsstatus _____

Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon / Fax _____

Betreuung / Vollmacht

Ja Nein
Betreuung ist beantragt

Ja (Kopie) Nein
Betreuung / Vollmacht liegt vor

Notariell Vollmacht
 Amtsgericht
Art der Betreuung

_____ Aktenzeichen des Amtsgerichtes

Ort: _____ Menden
_____ Iserlohn
Amtsgericht

Name _____ Vorname _____ Straße _____

PLZ / Ort _____ Email _____ Telefon _____ Fax _____

Ärzte

Name **Hausarzt** Vorname _____ Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon / Fax _____

Name _____ Vorname _____ Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon / Fax _____

Name _____ Vorname _____ Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon / Fax _____

Bestatter

Name _____ Vorname _____ Straße _____ PLZ / Ort _____ Telefon / Fax _____

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

Telefonbuch Werbeanzeige Homepage Facebook Empfehlung _____

Unterschrift

_____ Angehöriger Betreuer
Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____ Bezug _____