

Aufnahmeantrag

alma Domizil „An der Partnach“
Lagerhausstraße 9
82467 Garmisch-Partenkirchen
Tel. (08821) 919-0 Fax: (08821) 919-100

für vollstationäre Pflege Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege

Familienname: _____ geborene: _____
Vorname: _____
Straße: _____ Plz/Ort: _____
Telefon: _____

Familienstand: verheiratet getrennt lebend
 geschieden verwitwet
 ledig

Konfession: _____
Staatsangehörigkeit _____
Geburtsdaten _____
geb. am _____ in _____

Erlerner Beruf: _____
Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Derzeitiger Aufenthalt

Name des Krankenhauses, des Heimes

Anschrift des Krankenhauses, des Heimes Telefon

Aufnahmetag Aufnahmegrund Zuständiger Sozialdienst

Kurze Biografie: _____

Angehörige

Name

Telefon

wie verwandt

PLZ/Ort

Straße

oder nächste Bekannte,
Freunde

Name

Telefon

wie verwandt

PLZ/Ort

Straße

Berechtigter

Name

Anschrift

Telefon

als Betreuer laut Beschluß vom:

Bevollmächtigter laut Vollmacht vom:

Krankenkasse:

Anschrift

Mitgliedsnummer:

Antragstellung auf vollstationäre Pflege bei Pflegekasse: ja nein

seit wann gestellt:

Von der Pflegekasse anerkannte Pflegestufe I II III

Name/Anschrift des Hausarztes:

Name

Telefon

Plz/Ort

Straße

Monatliches Einkommen des Aufzunehmenden

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag
A			
B			
C			
D			
E			

Angaben über den Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)

- das oben angeführte Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen Bestand heute** € _____
- Zahlung durch*: _____
- das zuständige Sozialamt* in: _____

* Kostenverpflichtung

- liegt bei
- folgt in den nächsten Tagen
- muß noch beantragt werden
- ist beantragt am: _____

** Beantwortung entfällt, wenn Kostenfrage einwandfrei geklärt ist.

Gewünschte Unterbringung:

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

Diätkost erforderlich

Welche

warum

Eigene Bemerkungen / Wünsche

Gewünschter Termin zur Aufnahme

Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht

Besteht eine Sterbeversicherung ja nein

Bestattungswunsch: _____

Bestattungsinstitut: _____

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden

Name

Plz/Ort

Telefon

in welcher Eigenschaft: _____

Schwerbehindertenausweis: ja nein Ausweis-Nr. _____

Arzneimittelbefreiung ja nein

Rundfunkgebührenbefreiung ja nein GEZ-Nr. _____

Nachsendung Bewohnerpost ja nein

Auf wessen Empfehlung erfolgt Ihr Aufnahmeantrag?

Hausarzt _____

Krankenhaus, welches? _____

Sozialdienst o. Station in _____

Angehörige _____

Sonstige, welche? _____

Wünschen Sie einen Telefonanschluß ja nein

Ort

Unterschrift des Antragsstellers

Datum

Wenn nicht Personengleichheit auch
Unterschrift des Aufzunehmenden

Anlage: Ärztlicher Fragebogen