

 Bitte zutreffendes ankreuzen

Aufnahmeantrag

Antrag auf Vormerkung

Tagespflege am Klosterweg

**im Seniorenzentrum
am Klosterweg**

Pflegeheim

Einzelzimmer


Doppelzimmer

Betreutes Wohnen

KurzzeitPflege

von

bis


 vom Seniorenzentrum auszufüllen

Eingang

Eintritt

Wohnbereich

Zimmer

 Bitte nur weiße Felder ausfüllen!

Personalien

Name

Geburtsname

Vorname

Staatsangehörigkeit

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Geburtstag

Geburtsort

Familienstand

Konfession

Beruf (zuletzt ausgeübt)

 Bitte nur weiße Felder ausfüllen!

Angehörige, Lebenspartner, und/oder Bekannte

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

Dienst-Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse


Dienst-Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

Hausarzt	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort

Facharzt	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt für (Fachrichtung)	

Facharzt	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt für (Fachrichtung)	

Facharzt	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt für (Fachrichtung)	

 Bitte nur weiße Felder ausfüllen!

Krankenkasse/Pflegekasse	
Name	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Sachbearbeiter	Versicherungs-Nr.

Liegt ein anerkannter Pflegegrad vor	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit

Pflegegrad	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

(Bitte Kopie des Beschlusses der Krankenkasse beifügen)	
Einstufung beantragt am	durch

Liegt Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse für Rezeptgebühren und Krankentransport	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
gültig bis	beantragt am

Befindet sich Heimplatzbewerber/in im Krankenhaus	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Name	Ort

Wurde ein Bestattungsvorsorgevertrag geschlossen	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bestattungsinstitut	Vertrags-Nr.


Betreuung nach dem Betreuungsgesetz		
Beschluss des Amtsgerichts	vom	Aktenzeichen
(Bitte Kopie des Beschlusses beifügen)		
wurde beantragt am	beim Amtsgericht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wird beantragt/wurde angeregt		
gerichtlich bestellte/r Betreuer/in / vorgeschlagene/r Betreuer/in <small>✎ nicht zutreffendes bitte</small>		
Vor- u. Zuname		Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.		PLZ/Ort
für die Bereiche		
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahme	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vollmacht erteilt an	
Vor- u. Zuname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Art der Vollmacht	
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> Finanzielle Vollmacht	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung/Patiententestament
(Bitte Kopie beifügen)	

Finanzierung			
Die Heimkosten werden bezahlt aus	<input type="checkbox"/> Einkommen	<input type="checkbox"/> Vermögen	
Es besteht Anspruch auf Beihilfe (Pensionäre)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Es wird/wurde Sozialhilfeantrag gestellt am		bei	
durch			
Kostenübernahmebescheid des Sozialamtes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bitte Kopie beifügen)			

Vertragspartner / Unterzeichnung Heimvertrag	
Vor- u. Zuname	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

Rechnungsempfänger	
Vor- u. Zuname	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

Wäscheversorgung nein Ja (Kosten 90,00 €)**Barbetragsverwaltung** nein ja**Friseurleistungen** nein ja**Fußpflegeleistungen** nein ja Bitte nur weiße Felder ausfüllen!

Datum	Unterschrift Heimplatzbewerber(in)/Antragsteller(in)

Zusatzfragen, falls Kunde nicht selbst unterzeichnen kann

Wer stellt den Antrag		
Name	Vorname	
In welcher Eigenschaft		
<input type="checkbox"/> Angehörige/r	<input type="checkbox"/> Gerichtlich bestellte/r Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
Ist der/die Kunde hierüber informiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Soweit vorhanden, fügen Sie bitte folgende Anlagen bei

- Ärztlicher Fragebogen
- Kopie des Einstufungsbescheides der Pflegekasse
- Kopie des Betreuungsbeschlusses des Amtsgerichts
- Kopie der Generalvollmacht
- Kopie der Vollmacht finanzielle Angelegenheiten
- Kopie der Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht
- Kopie der Patientenverfügung/des Patiententestamentes
- Kopie des Kostenübernahmebescheides des Sozialamtes

Den Aufnahmeantrag senden Sie bitte an

Heimstiftung Karlsruhe
 Seniorenzentrum am Klosterweg
 Klosterweg 1
 76131 Karlsruhe

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter

Telefon-Nr. 07 21/ 96 44 60
 Fax-Nr. 07 21/ 96 44 62 0
 @mail-adresse klosterweg@heimstiftung-karlsruhe.de

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Werbung	<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst
<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung
<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Seniorenbüro der Stadt Karlsruhe
<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> sonstige
<input type="checkbox"/> Seniorenberatungsstelle	