

Anmeldung zur Aufnahme im Antoniushaus



Bitte ankreuzen:

- Heimaufnahme auf Dauer
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege

Name der Antragstellerin	Vorname	
Geburtsname	Geb.Datum	Geb.Ort
Konfession	Staatsangehörigkeit	Familienstand
Wohnort	Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Telefon	
Gewünschter Aufenthalt bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege	von Aufnahmetag	bis Entlassungstag
Gewünschte Aufnahme auf Dauer	ab	
Art der Unterkunft	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
Anschrift der Krankenkasse/Pflegekasse:		
Versicherungsnummer:		
Rezept für Inkontinenzeinlagen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Befreiung von der Rezeptgebühr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beihilfeberechtigung	<input type="checkbox"/> Ja, Versicherungs-Nr. <input type="checkbox"/> Nein	
Anschrift der Beihilfeversicherung:		
Pflegegrad besteht	<input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: seit <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegegrad bzw. Höherstufung wurde beantragt?	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> Nein	
Schwerbehinderung	Grad:	
Bisherige Kurzzeit-/Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr	Anzahl der Tage	
Generalvorsorgevollmacht besteht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	notariell bestätigt? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein	
	Aktenzeichen:	
	für Bereiche (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	
	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	
Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gesetzliche Betreuung besteht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	wenn ja: Aktenzeichen: befristet bis	
	für Bereiche (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	
	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	
Gesetzliche Betreuung wurde beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

1. Wohnsitz wo?		
Ummeldung bei Dauerpflege wenn nein Begründung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name und Anschrift der Hausarztes		
Tel.		
Name und Anschrift der nächsten Angehörigen, ggf. auch Urlaubsadresse		
Tel.		
gegebenenfalls: Name und Anschrift des gesetzlichen Betreuers bzw. des Bevollmächtigten		
Tel.		
Dringlichkeit des Antrages		
Rechnung ergeht an: Name und Anschrift		

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin

Bei Heimaufnahme auf Dauer wird die Wäschekennzeichnung vom Haus
vorgenommen, die Kosten für die Wäschenamen werden der Antragstellerin in
Rechnung gestellt.

Diese Angaben werden von uns ausgefüllt!

- eingestreuete Kurzzeitpflege § 42 SGB XI
 eingestreuete Kurzzeitpflege § 39c SGB V