

# Aufnahmeantrag

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Aufnahme ab: _____	<b>Bitte denken Sie daran rechtzeitig den entsprechenden Antrag bei der Pflegekasse zu stellen.</b> <b>Kurzzeit- und / oder Verhinderungspflege:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Lassen Sie sich bitte einen Nachweis von der Pflegeversicherung ausstellen, in welcher Höhe Ansprüche für Kurzzeit- und / oder Verhinderungspflege bestehen.</li></ul> <b>Vollstationäre Aufnahme:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Lassen Sie sich bitte einen Nachweis von der Pflegeversicherung ausstellen, über die Bezugsdauer der Leistungen bei vollstationärer Pflege.</li></ul>
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege* von _____ bis _____	
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege* von _____ bis _____	
Eine Patientenverfügung liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Eine Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Eine rechtliche Betreuung liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Bitte Kopien der entsprechenden Formulare vorlegen)	

Name, Vorname: _____	
Adresse: _____	
Geboren am: _____	Geburtsort: _____
Geburtsname: _____	Familienstand: _____
Staatsangehörigkeit: _____	Konfession: _____
Pflegeversicherung: _____	Pflegeversicherungsnummer: _____
Versichertenkarte gültig bis: _____ Bitte Kopie der Versichertenkarte vorlegen	Adresse der Pflegeversicherung: _____
Pflegegrad: _____ seit: _____	Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____
Erfolgt eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Adresse des Pflegedienstes: _____ _____	
COVID-19-Impfung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____	

\* Bitte beachten Sie, dass mit Antragstellung für eine Kurz- und / oder Verhinderungspflege in unserem Haus mit sofortiger Wirkung eine Vorauszahlung in Höhe von 200€ zu zahlen ist. Sollten Sie den Einzugsstermin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen spätestens 14 Tage vorher abzusagen (Ausnahme bei Todesfall).

# Aufnahmeantrag

<b>Finanzierung / Eigenanteil</b>
<input type="checkbox"/> Selbstzahler*in (Bitte Kopie des Rentenbescheids vorlegen)
<input type="checkbox"/> Sozialamt, Antrag gestellt am: _____
Rechnungsempfänger: _____
_____

<b>1. Ansprechpartner (Familienangehöriger, rechtlicher Betreuer, Vertrauensperson):</b>	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Verhältnis: <input type="checkbox"/> Ehepartner*in / Lebensgefährt*in <input type="checkbox"/> Tochter / Sohn <input type="checkbox"/> Rechtliche(r) Betreuer*in <input type="checkbox"/> Vollmachtsinhaber*in Bitte Kopien des Betreuungsausweises bzw. der entsprechenden Vollmacht vorlegen	
<b>2. Ansprechpartner (Familienangehöriger, rechtlicher Betreuer, Vertrauensperson):</b>	
Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Verhältnis: <input type="checkbox"/> Ehepartner*in / Lebensgefährt*in <input type="checkbox"/> Tochter / Sohn <input type="checkbox"/> Rechtliche(r) Betreuer*in <input type="checkbox"/> Vollmachtsinhaber*in Bitte Kopien des Betreuungsausweises bzw. der entsprechenden Vollmacht vorlegen	

Hausarzt:	Telefonnummer:
Adresse:	
Facharzt (falls vorhanden):	Telefonnummer:
Adresse:	

# Aufnahmeantrag

Personalausweis:  liegt vor, gültig bis: \_\_\_\_\_

liegt nicht vor, abgelaufen am: \_\_\_\_\_

Ersatzdokument liegt vor

Schwerbehindertenausweis:  liegt vor, gültig bis: \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_

liegt nicht vor

Befreiung von der Medikamentenzuzahlung:  liegt vor, gültig bis: \_\_\_\_\_

liegt nicht vor

Beihilfeberechtigung:  liegt vor  liegt nicht vor

**Bitte von allen hier aufgeführten und vorhandenen Dokumenten eine Kopie vorlegen**

## Sterbevorsorge

Wurden Vorkehrungen für den Todesfall getroffen?  ja  nein

Falls ja:

Name, Adresse & Telefonnummer des Bestattungsinstitutes: \_\_\_\_\_

Bestattungsart:  Erdbestattung  Feuerbestattung  sonstige Bestattungsart

Name, Adresse & Telefonnummer der gewünschten seelsorgerischen Betreuung: \_\_\_\_\_

Haben Sie noch Fragen? Dann sind folgende Ansprechpartner gerne für Sie da:

### Herr Gerrit von Stockhausen

Pflegedienstleitung

Tel: 05692 / 9965-228

Fax: 05692 / 9965-250

Zentrale: 05692 / 9965-0

✉ [gerrit.stockhausen@seniorenzentrum-wolfhagen.de](mailto:gerrit.stockhausen@seniorenzentrum-wolfhagen.de)

### Frau Ute Hose

Bewohnerverwaltung / Zimmermanagement

Tel: 05692 / 9965-204

Fax: 05692 / 9965-250

Zentrale: 05692 / 9965-0

✉ [ute.hose@seniorenzentrum-wolfhagen.de](mailto:ute.hose@seniorenzentrum-wolfhagen.de)

Hiermit stelle ich einen verbindlichen Aufnahmeantrag für das Seniorenzentrum Wolfhagen gGmbH, Karlstraße 18, 34466 Wolfhagen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in / gesetzliche Vertretung