

# Aufnahmeantrag

Einrichtung \_\_\_\_\_

## Ich bitte um

- baldmöglichste Aufnahme  
 vorsorgliche Anmeldung

## Aufnahme im Bereich

- Vollstationäre Pflege     Tagespflege  
 Kurzzeitpflege             Betreutes Wohnen

## Pflegestufe

- 0  
 Antrag gestellt            Datum Antragstellung \_\_\_\_\_  
 1                                    Datum Einstufung \_\_\_\_\_  
 2                                    Datum Einstufung \_\_\_\_\_  
 3                                    Datum Einstufung \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
früher ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_

## Ehepartner

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
früher ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Tag und Ort der Eheschließung \_\_\_\_\_  
evtl. Todestag des Ehepartners \_\_\_\_\_

## bisherige Anschrift, Telefon

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
Landkreis \_\_\_\_\_  
Telefon Nr. \_\_\_\_\_

## Name, Anschrift eines Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer

Name \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
Landkreis \_\_\_\_\_  
Telefon Nr. \_\_\_\_\_

Fo-A-01	Freigabe:	Erstellt:	Geltungsbereich:	Stand: 04/10	Seite:
	QMB	VW, LA	EAH	Revision: 03	01 von 02

**Ärztliches Attest**       ist beigelegt  
(wichtig nur bei baldmöglichster Aufnahme)

wird nachgereicht

**Name, Anschrift des Hausarztes**

---

---

**Angaben über Angehörige bzw. Kontaktpersonen**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Name und Anschrift der Krankenkasse**

---

---

**Gewünschter Termin der Aufnahme**

---

**Gewünschte Unterbringung im Pflegebereich**

- Einzelzimmer  
 Doppelzimmer

**Bemerkungen, Ergänzungen, Hinweise**

---

---

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers  
Bevollmächtigte/r / gesetzlicher Betreuer /  
gesetzliche Betreuerin

**Die Anmeldung gilt ab Datum / Unterschrift für die Dauer von 5 Jahren.**

Fo-A-01	Freigabe:	Erstellt:	Geltungsbereich:	Stand: 04/10	Seite:
	QMB	VW, LA	EAH	Revision: 03	02 von 02