



**HEROLD –
STIFTUNG**
Haus Karlstadt

Aufnahmeantrag

- | | |
|---|--|
| ☐ Pflegeheim | ☐ Beschützender Wohnbereich |
| ☐ Kurzzeitpflege | ☐ Tagespflege |

Gewünschte Art der Unterbringung:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Einzelzimmer | ☐ Doppelzimmer |
|---------------------------------------|---------------------------------------|

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsname: _____

Persönliche Daten:

Geburtsdatum: _____ zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Ist bei Ihnen eine Schwerbehinderung vorhanden?

Konfession: _____

wenn ja, _____%

Staatsangehörigkeit: _____

Besitzen Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis?

Anzahl der Kinder: _____

☐ ja, gültig bis _____ ☐ nein

Bisheriger Wohnort:

Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____
(Hauptwohnsitz) Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt:

Krankenhaus/Einrichtung: _____
(nur ausfüllen, wenn keine Übereinstimmung mit Wohnort)
Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____

Angehörige:

	Angehörige*r/Ansprechp. für unsere Einrichtung	Angehörige*r	Angehörige*r
Name, Vorname:	_____	_____	_____
Straße, Hausnr.:	_____	_____	_____
PLZ, Ort:	_____	_____	_____
Telefon (privat):	_____	_____	_____
Telefon (dienstl.):	_____	_____	_____
HandyNr.	_____	_____	_____
E-Mail:	_____	_____	_____
Verwandsch.verhältnis	_____	_____	_____

Krankenkasse: ☐ gesetzlich ☐ privat	
Name der Krankenkasse: _____ Statusnr. _____ Straße, Hausnummer: _____ Telefon: _____ Fax: _____	Versicherungsnr.: _____ Zusatznr. _____ PLZ, Ort: _____ Rezeptgebührenbefreiung vorhanden? ☐ ja, seit _____ ☐ nein
Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft? ☐ ja ☐ nein Bestehender Pflegegrad? _____ seit: _____ Einstufungs-/Höherstufungsantrag gestellt? ☐ ja, am: _____ ☐ nein Beihilfeberechtigung? ☐ ja ☐ nein	
Bisherige/r Hausarzt/-ärztin Name d. Arztes/Ärztin: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____	Weiterbehandlung geklärt? ☐ ja ☐ nein Wenn nein, ist die Behandlung durch eine/n andere/n ortsansässige/n Arzt/Ärztin abgeklärt? ☐ ja, Arzt/Ärztin: _____
Bisherige/r Zahnarzt/-ärztin: Name d. Arztes/Ärztin: _____ Anschrift: _____ _____ Telefon: _____	Weiterbehandlung geklärt? ☐ ja ☐ nein Ist die Behandlung durch eine/n andere/n ortsansässige/n Zahnarzt/-ärztin abgeklärt? ☐ ja, Zahnarzt/-ärztin: _____
Von wem werden die Heimkosten getragen? ☐ Bewohner*in ☐ Angehörige*r Name: _____ ☐ Sozialhilfe Sozialhilfeantrag gestellt bei: _____ Sozialhilfeantrag wird noch gestellt: ☐ ja ☐ nein Wohngeld beantragt? ☐ ja, bei: _____ ☐ nein Wird noch beantragt, Name: _____	
Amtlich/richterlich angeordnete Betreuung vorhanden? ☐ ja, seit _____ Amtsgericht: _____ ☐ nein Name, Vorname: _____	
Private Vollmacht/en vorhanden? ☐ ja ☐ nein Name, Vorname: _____	
Patientenverfügung vorhanden? ☐ ja ☐ nein	
Sonstiges: Bestattungsinstitut: _____ Gewünschte/geplante Ruhestätte: _____	

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in/Betreuer*in