

<b>PFLEGEDIENSTLEITUNG</b>	
<b>Corinna Feininger</b> Freiburger Straße 1b ☎ 07731/91254-181 ☎ 07731/91254-88 ✉ corinna.feininger@emil-sraega-haus.de	

## AUFNAHMEANTRAG

<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> dringlich
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Zeitraum	

### Persönliche Angaben

Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname			
Straße, Wohnort			
Telefonnummer			
derzeitiger Aufenthalt <small>(falls abweichend von obiger Anschrift)</small>			
Geburtsort und -tag			
Familienstand		Beruf	
Staatsangehörigkeit		Konfession	

<b>Ansprechpartner für die Heimverwaltung (Schriftverkehr)</b> <b>E-Mail</b>	Name, Anschrift, Telefon,
---	---------------------------

Betreuer <small>(nach Betreuungsrecht)</small>	Name	Anschrift	Telefon
Weitere Angehörige	Anschrift, Telefon		Verwandschafts- verhältnis

Ambulanter Dienst	Name	Anschrift	Telefon
Altersvorsorge- oder Generalvollmacht <small>(Angabe des Bevollmächtigten)</small>	Name	Anschrift	Telefon
Wer übernimmt die Zahlungspflicht?		<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialamt (bitte angeben:)
Mitglied welcher Kranken-/Pflegekasse?			
Hausarzt	Name	Anschrift	Telefon
Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wurde beantragt am _____, _____, _____ <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 5 <input type="checkbox"/> Grad 3			
Besondere Hinweise, Ergänzungen:			
1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ 3. Impfung: _____			

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden  
(soweit nicht gleichzeitig Antragsteller)