

## Aufnahmeantrag

|                                            |                            |                                     |
|--------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Name der Einrichtung:<br>Haus am Ziegelhof | Straße:<br>Eberhardstr. 23 | PLZ und Ort:<br>71088 Holzgerlingen |
| Tel.:<br>07031/742-0                       | Fax:<br>07031/742-199      | E-Mail:<br>h.a.ziegelhof@drkbb.org  |

|                                                     |                                                                                                      |     |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Langzeitpflege ab:</b>  |                                                                                                      |     | <input type="checkbox"/> <b>Tagesgast</b>                                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege von:</b> |                                                                                                      | bis | <input type="checkbox"/> <b>Warteliste</b> Anmeldung wird max. 3 Monate verwahrt! |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer               | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> akzeptiert vorübergehend Doppelzimmer |     |                                                                                   |
| Für das Pflegeheim: 1.                              |                                                                                                      | 2.  |                                                                                   |

### 1. Personalien

|                                                                                    |                     |                                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nachname                                                                           | Vorname             |                                                                                                                                                                                              |  |
| Geburtsname                                                                        | Geburtsort          | Geburtsdatum                                                                                                                                                                                 |  |
| Religion                                                                           | Familienstand       | Staatsangehörigkeit                                                                                                                                                                          |  |
| Straße                                                                             | PLZ/Ort             |                                                                                                                                                                                              |  |
| Derzeitiger Aufenthalt                                                             | Hausarzt            |                                                                                                                                                                                              |  |
| Telefon                                                                            | Mobiltelefon        |                                                                                                                                                                                              |  |
| Pflegekasse                                                                        | Versicherungsnummer |                                                                                                                                                                                              |  |
| Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                     | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Einstufung läuft |  |

### 2. Anschrift der nächsten Angehörigen

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| Nachname, Vorname | Verwandtschaftsgrad |
| Telefonnr.        | Mobilnr.            |
| Straße            | PLZ und Ort         |
| E-Mail            |                     |
| Nachname, Vorname | Verwandtschaftsgrad |
| Telefonnr.        | Mobilnr.            |
| Straße            | PLZ und Ort         |
| E-Mail            |                     |

Notariell bestellter Betreuer:

### 3. Finanzierung:

☐ Selbstzahler ☐ Zuzahlung Sozialamt, zuständiges Sozialamt:

**Die Kostenübernahme muss vor der Heimaufnahme geklärt sein!**

Datum

Unterschrift des Antragstellers