

# Aufnahmeantrag

HEIM SONNENHALDE



- Kurzzeitpflege
- Stationäre Aufnahme
  - sofort
  - 3 – 6 Monate
  - später

wird vom Heim ausgefüllt	
WB _____	Zimmer _____
Reservierung ab _____	
Aufnahme am _____	
Hausarzt _____	

**Alten- und Altenpflegeheim**

Trägerin:  
Ev. Gesamtkirchen-  
gemeinde Böblingen

Vorstand:  
Dekan Stellvertreter Dr. Fritz Röcker

Geschäftsführer:  
Dipl. Kfm. (FH) Wolfgang Schaal

## I. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

→ Bei Einzug werden 2 biometrische Passfotos, sowie der Personalausweis benötigt.

## II. Angehörige/Direkte Ansprechpartner

1. Name, \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_

Tel. + E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

2. Name, \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_

Tel. + E-Mail \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

### III. Betreuung/Vollmacht ← ausfüllen erforderlich

Betreuung     General-/Vorsorgevollmacht     in Bearbeitung     Patientenverfügung

Name, \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

→ Eine Kopie der Vollmacht oder Urkunde beilegen

### IV. Versicherung

Kranken-/Pflegekasse \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Pflegegrad:     1     2     3     4     5

noch keinen Antrag auf Einstufung gestellt

Antrag auf Einstufung noch in Bearbeitung - Antrag gestellt am \_\_\_\_\_

Antrag auf Höherstufung gestellt am \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit:     ja     nein

Sozialhilfe:     ja     nein

### V. Ärzte

Hausarzt/Facharzt → Arztbericht muss bei Aufnahme vorliegen

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### VI. Sonstiges

Besondere Wünsche:     Einzelzimmer     Doppelzimmer

Hospizdienst- Begleitung:     ja     nein

→ Nur bei Kurzzeitpflege müssen die Kosten für die Inkontinenzartikel vom

Bewohner/Angehörigen selbst getragen werden

1 € / Tag    oder     Inkontinenzartikel selbst mitbringen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift