

Antrag auf Aufnahme in das „Haus Abendsonne“

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

geb. am: _____ Telefon: _____

Krankenversicherung bei: _____

Mitgliedsnummer: _____ Pflegegrad: _____

Ist ein Antrag auf einen Pflegegrad gestellt worden? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

ja - wann / auf welchen Pflegegrad: _____ nein

Liegt die Zustimmung der Pflegekasse zum Antrag auf stationäre Pflege vor?

(bitte Zutreffendes ankreuzen) ja nein

Wer trägt die Kosten: _____

(Sind Sie Selbstzahler bzw. welcher Sozialhilfeträger zahlt?)

derzeitiger Aufenthalt: _____

Wunschtermin zur Aufnahme: _____ Einzel- oder Doppelzimmer

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Grund der Pflegebedürftigkeit (evtl. Diagnosen) _____

Angehörige/-r (Name, Vorname): _____

Verwandtschaftsverhältnis und/oder Betreuer/-in: _____

(z.B. Ehepartner/-in, Tochter, Sohn sowie Vorsorgebevollmächtigte/-r)

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

Besonderheiten zum Pflegebedürftigen: _____

Datum der Antragstellung: _____

Unterschrift Antragsteller/-in

Unterschrift Betreuer/-in