

### Aufnahmeantrag

#### A) Persönliche Daten:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Geb. am: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Bish. Wohnort : \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Vers. – Nr.: \_\_\_\_\_  
Beh. Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon/Hausarzt: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal vollstationär in einer Pflegeeinrichtung untergebracht?  ja  nein

#### B) Gesetzlicher Betreuer Vollmachtnehmer Angehörige

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

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

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

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

#### C) Inkontinenzversorgung

Versorgung mit Inkontinenzmaterial bereits vorhanden:  Ja  Nein, wenn ja bei welchem  
Sanitätshaus oder bei welcher Apotheke: Name / Telefonnummer: \_\_\_\_\_

#### D) Regelung im Todesfall

Für die Regelung des Todesfalls bestimme ich, dass das Pflegeheim „Christoph Buchen“ folgendes

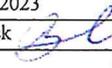
Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_ benachrichtigt.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller

\_\_\_\_\_  
gesetzl. Betreuer / Vollmachtnehmer

**Bitte überprüfen Sie, ob Ihre Einkünfte zur Finanzierung des Pflegeplatzes ausreichen. Falls nicht, wenden Sie sich an Ihr zuständiges Sozialamt.**

Bearbeitet am: 22.02.2023	Geprüft am: 22.02.2023	Freigabe am: 22.02.2023	Revision 11, Stand 02/2023
Bearbeitet durch: Rothe	Geprüft durch: Beck	Freigabe durch: Beck 	Seite 1 von 1