

Ev.-Luth. GERTRUDENSTIFT e.V.

Prinzenstr. 82
34225 Baunatal

Tel.: 05601 – 97 77 0
Fax: 05601 – 97 77 30
Mail: Info@gertrudenstift.de
Internet: www.gertrudenstift.de



Antrag auf einen Heimplatz im Ev.-Luth. GERTRUDENSTIFT

Altenpflegeheim

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege vom _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Sofortaufnahme | <input type="checkbox"/> Vorsorgeaufnahme |
| <input type="checkbox"/> Einzug von zu Hause | <input type="checkbox"/> Einzug aus andere Einrichtung: |

Name der Einrichtung

Wann war der Einzug?

Besteht Besitzstandsschutz? ja nein

Name: _____ ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ.: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

ledig verheiratet seit _____ geschieden seit _____ verw. seit _____

Name, Vorname des Ehepartners: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Name und Anschrift der Kinder bzw. sonstiger nahestehender Personen mit Telefonnummer:

Liegt eine Patientenverfügung vor? Nein Ja **Bitte Kopie beifügen!**

Ist ein gesetzlicher Betreuer benannt? Nein Ja seit dem: _____

Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden? Nein Ja seit dem: _____

Personenvorsorge Gesundheitsvorsorge Vermögensvorsorge
 Aufenthaltsbestimmung _____

Name des Betreuers bzw. der bevollmächtigten Person: _____

Anschrift, Telefon: _____

Verwandt? Nein Ja wie? _____

Vom medizinischen Dienst erfolgte eine Begutachtung in den

PG I PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Wurde ein Antrag auf Begutachtung

der Einstufung oder ein Antrag auf Höherstufung gestellt?

Wann wurde der Antrag bei der Pflegekasse eingereicht? Datum: _____

Der Eigenanteil der Heimkosten wird vom Antragsteller selbst bezahlt:

ja Nein

Wenn ja, benennen Sie bitte den Rechnungsempfänger:

Bewohner/in selbst
 Name und Anschrift des Empfängers: _____

Wenn nein, benennen Sie bitte das Sozialamt des letzten Wohnortes:

Wurde eine Kostenübernahme bei dem Sozialamt beantragt?

ja nein

Wurde die Kostenübernahme erteilt?

ja nein

Wenn Ja, bitte Datum _____ und Aktenzeichen _____
des Zusagebescheides angeben.

Wer soll im Falle einer ernsten Erkrankung oder Ihres Ablebens benachrichtigt werden?

_____ Telefon: _____

Die Benachrichtigung kann auch Nachts erfolgen Ja Nein

Wer regelt den Nachlass?

_____ Telefon: _____

Sonstiges: _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Gewissen gemacht habe

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers,
des Betreuers oder des Bevollmächtigten