

AUFNAHMEANTRAG

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen!



Seniorenpflegeeinrichtung
VILLA ANTIKA

Martinstrasse 35, 77855 Achern

Telefon
Fax
Email

07841 6666-0
07841 6666-1190
info@villa-antika.de

Aufnahmeterrnin:

Betreuungsform:

- Dauerpflege
 Kurzzeitpflege
 Verhinderungspflege

Wohnbereich:

Zi.Nr.

von:
bis:

Daten der aufzunehmenden Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsname:

Konfession:

Familienstand:

Anzahl Kinder:

Str. / Hausnummer:

PLZ/ Wohnort:

erlernter Beruf:

ausgeübter/ ehem. Beruf:

Vorheriger Aufenthalt: (z.B. Zuhause, Heim, Krankenhaus, etc.)

Pflegekassenantrag:

genehmigter Pflegegrad:

beantragter Pflegegrad

Antrag gestellt: ja
 nein

bitte Bescheid beifügen!
 bitte Antrag stellen!

Einkommen:

Art des Einkommens:

Zahlende Stelle:

Betrag: €

Kostenträger:

Sozialhilfeantrag bitte vor Heimeinzug stellen.
Kostenübernahme muss geklärt sein!

Pflegekasse
Selbstzahler
Sozialhilfe

Sozialhilfeantrag:

Antrag ist gestellt:

Datum	Stelle
-------	--------

Antrag wird gestellt von:

Name

Angehörige		Priorität 1	
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/ Haus-Nr.:	<input type="text"/>	PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>
Telefon:	privat:	wie verwandt:	<input type="text"/>
	geschäftlich:	Email:	<input type="text"/>
	mobil:	Nachricht bei Abwesenheit an:	<input type="text"/>

Angehörige		Priorität 2	
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/ Haus-Nr.:	<input type="text"/>	PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>
Telefon:	privat:	wie verwandt:	<input type="text"/>
	geschäftlich:	Email:	<input type="text"/>
	mobil:		

Angehörige		Priorität 3	
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/ Haus-Nr.:	<input type="text"/>	PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>
Telefon:	privat:	wie verwandt:	<input type="text"/>
	geschäftlich:	Email:	<input type="text"/>
	mobil:		

Betreuer <input type="checkbox"/>	Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	schriftliche Bestätigung liegt vor <input type="checkbox"/>	
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/ Haus-Nr.:	<input type="text"/>	PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Amtsgericht:	<input type="text"/>
Geschäftszeichen:	<input type="text"/>	Betreuung seit:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Vollmacht seit:	<input type="text"/>

Heimkostenabrechnung/ Rechnungsempfänger:		
Name:	Str.	PLZ/ Ort
Kontoinhaber:	IBAN	
per Lastschrift: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	BIC	
	Bank	

Hausarzt:	
Name Arzt:	<input type="text"/>
PLZ / Wohnort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>

Fachärzte:

Name Arzt:

Telefon:

PLZ / Wohnort:

Fax:

Name Arzt:

Telefon:

PLZ / Wohnort:

Fax:

Zahnarzt:

Name Arzt:

Telefon:

PLZ / Wohnort:

Fax:

Krankenkasse:

Zuzahlungsbefreiung liegt vor

 ja nein

Bitte mitbringen!

Name der Kasse:

KV - Nummer:

Pflegekasse:

Name der Kasse:

Nummer:

Schwerbehindertenausweis:

 ja nein

Bitte mitbringen!

Im Falle des Todes

Gewünschte Ruhestätte:

Beerdigungsinstitut:

Formalitäten erledigt:

 ja
 nein

Im Notfall benachrichtigen (auch nachts)

 ja nein

Name:

Telefon:

Wer stellt den Antrag:

Name:

Grund der Aufnahme:

Verbindliche Anmeldebestätigung:

Ort:

Unterschrift des
Bevollmächtigten:

Datum:

Mit der Unterschrift bestätigt der Unterzeichner das Einverständnis zur Aufnahme!

Name: _____ Wohnbereich: _____ Zimmer-Nr.: _____

Einzugstermin: _____

Ernährungsbesonderheiten (z.B. Lactoseintoleranz, Diabetes Diät, etc.)

Besonderheiten: (Einzelgänger, Raucher, Selbstgefährdung, etc.)

Apotheke durch eigene Apotheke
Medikamentenlieferung Bergbauers Apotheke Bühl (Kooperationspartner der Villa Antika)

Sanitätshaus Hardenberg und Kiefer (über Villa Antika)
 Eigenes

Kooperation mit Zahnarztpraxis Dr. Petra Lindenau, 77886 Lauf gewünscht?

ja nein

Wäschereinigung durch Textilreinigung erwünscht

ja nein

Inkontinenzmaterial

ja nein

Bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege muss das Inkontinenzmaterial selbst mitgebracht werden.

Friseur ja nein

durch Villa Antika

HairQueen, Vanessa Frammelsberger, Tel.: 0176-32235221

Andere:

Fußpflege: ja nein

durch Villa Antika

Vera Steglich, Tel.: 0152-28932083

Andere:

Telefon (gegen Gebühr) ja nein
muss selbst mitgebracht werden

TV (gegen Gebühr) ja nein
muss selbst mitgebracht werden

Internet (gegen Gebühr) ja nein

Zeitschriften: regelmäßig Tageszeitung: _____
 andere: _____

zusätzliche Getränke: ja, über Villa Antika bestellen
(kostenpflichtig) nein

