
✎ Bitte zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Aufnahmeantrag	<input type="checkbox"/>	Antrag auf Vormerkung
<input type="checkbox"/>	Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
<input type="checkbox"/>	KurzZeitPflege	von	bis

✎ vom Seniorenzentrum auszufüllen

Eingang	Eintritt	Wohnbereich	Zimmer
---------	----------	-------------	--------

✎ Bitte weiße Felder ausfüllen!


Personalien	
Name	Geburtsname
Vorname	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Geburtstag	Geburtsort
Familienstand	Konfession
Beruf (zuletzt ausgeübter)	

Personalien Ehe-/Lebenspartner*in (auch verstorben oder geschieden)	
Vor- u. Zuname	Geburtsname
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse	Geburtstag
Datum Eheschließung	
ggfs.: Datum der Ehescheidung	
ggfs.: Sterbedatum	

Angehörige, Lebenspartner*in, und/oder Bekannte

Vor- u. Zuname	Verwandtschaftsart
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

Vor- u. Zuname	Verwandtschaftsart
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

 Bitte zutreffendes ankreuzen

Dürfen wir per E-Mail aktuelle Informationen an Sie weiterleiten

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	E-Mail Adresse(n)
-------------------------------	-----------------------------	-------------------

Hausarzt

Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort

Facharzt

Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt für (Fachrichtung)	

Facharzt

Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt für (Fachrichtung)	

Facharzt

Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt für (Fachrichtung)	

 Bitte weiße Felder ausfüllen und zutreffendes ankreuzen!

Krankenkasse/Pflegekasse	
Name	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Sachbearbeiter	Versicherungs-Nr.


Liegt ein anerkannter Pflegegrad vor (Bitte Kopie beifügen)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit _____

Pflegegrad	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> § 39c SGB V PG 2
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Eileinstufung PG 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Einstufung beantragt am _____	durch _____

Liegt Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse für Rezeptgebühren und Krankentransport vor	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja gültig bis _____ beantragt am _____

Befindet sich der/die Heimplatzbewerber*in im Krankenhaus	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Name Krankenhaus _____ Ort _____

Wurde ein Bestattungsvorsorgevertrag geschlossen	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Bestattungsinstitut _____ Vertrags-Nr. _____

 bitte nur zutreffendes ausfüllen und ankreuzen!

Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (Bitte Kopie des Beschlusses beifügen)		
Beschluss des Amtsgerichts	vom _____	Aktenzeichen
wurde beantragt am _____	beim Amtsgericht _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wird beantragt/wurde angeregt

Gerichtlich bestellte/r Betreuer*in / vorgeschlagene/r Betreuer*in	
Vor- u. Zuname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Für die Bereiche	
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Vollmacht erteilt an (Bitte Kopie beifügen)	
Vor- u. Zuname	Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort

Art der Vollmacht	
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> Finanzielle Vollmacht	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung/Patiententestament

Finanzierung				
Die Heimkosten werden bezahlt aus	<input type="checkbox"/>	Einkommen	<input type="checkbox"/>	Vermögen
Es besteht Anspruch auf Beihilfe (Pensionäre)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Es wird/wurde Sozialhilfeantrag gestellt am			bei	
durch				
Kostenübernahmebescheid des Sozialamtes	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
(Bitte Kopie beifügen)				

Vertragspartner*in / Unterzeichnung Heimvertrag	
Vor- u. Zuname	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

Rechnungsempfänger*in	
Vor- u. Zuname	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./@mail-Adresse

 Bitte gewünschtes ankreuzen

Wäscheversorgung	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kosten einmalig 90 € für das Kennzeichnen der Wäsche)

Haftpflichtversicherung über die Heimstiftung Karlsruhe	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kosten 21,00 €/Jahr)

Fußpflegeleistungen (externer Anbieter)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Friseurleistungen (Salon im Haus)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Verwahrgeldkonto (Barbetragsverwaltung)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Welche der folgenden Leistungen sollen von dem Verwahrgeldkonto bezahlt werden			
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Friseur	<input type="checkbox"/> Fußpflege	<input type="checkbox"/> Apotheke

Datum	Unterschrift Heimplatzbewerber(in)/Antragsteller(in)
-------	--

Zusatzfragen, falls der/die zukünftige Bewohner*in nicht selbst unterzeichnen kann	
Ist der/die zukünftige Bewohner*in über den Einzug informiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Soweit vorhanden, fügen Sie bitte folgende Anlagen bei

- Ärztlicher Fragebogen
- Kopie des Einstufungsbescheides der Pflegekasse
- Kopie des Betreuungsbeschlusses des Amtsgerichts
- Kopie der Generalvollmacht
- Kopie der Vollmacht finanzielle Angelegenheiten
- Kopie der Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht
- Kopie der Patientenverfügung/des Patiententestamentes
- Kopie des Kostenübernahmebescheides des Sozialamtes

Den Aufnahmeantrag senden Sie bitte an

Heimstiftung Karlsruhe
Seniorenzentrum Parkschlössle
Badener Str. 33
76227 Karlsruhe

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter

Telefon-Nr. 07 21/ 40902 0
Fax-Nr. 07 21/ 40902 999
@mail-adresse parkschloessle@heimstiftung-karlsruhe.de

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Werbung | <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> Seniorenbüro der Stadt Karlsruhe |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Seniorenberatungsstelle | |