

Bitte zutreffendes ankreuzen

**Aufnahmeantrag**

**Antrag auf Vormerkung**

**Seniorenzentrum Parkschlössle**

Einzelzimmer  Doppelzimmer

**Betreutes Wohnen**

**Kurzzeitpflege**

von

bis

von der Einrichtung auszufüllen

Eingang	Eintritt	Wohnbereich	Zimmer

Bitte nur weiße Felder ausfüllen

## Personalien

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

## Personalien Ehepartner/Ehepartnerin (auch verstorbener oder geschiedener)

<b>Vor- u. Zuname, Geburtsname</b>		Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	
Straße/Haus-Nr.		PLZ/Ort	
Beruf		Konfession	
Geburtstag		Geburtsort	
Sterbedatum		Sterbeort	
Datum der Eheschließung		Ort der Eheschließung	
Datum der Ehescheidung		Ort der Ehescheidung	

Bitte nur weiße Felder ausfüllen

**Angehörige, Lebenspartner, und/oder Bekannte**

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Vor- u. Zuname

Verwandtschaftsart

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Bitte nur weiße Felder ausfüllen

<b>Hausarzt</b>			
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail		
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort		
<b>Facharzt</b>			
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail		
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort		
Facharzt für (Fachrichtung)			
<b>Facharzt</b>			
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail		
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort		
Facharzt für (Fachrichtung)			
<b>Facharzt</b>			
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail		
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort		
Facharzt für (Fachrichtung)			
<b>Krankenkasse/Pflegekasse</b>			
Name	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail		
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort		
Sachbearbeiter	Versicherungs-Nr.		
<b>Liegt ein anerkannter Pflegegrad vor</b>			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit		
<b>Pflegegrad</b>			
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
<b>(Bitte Kopie des Beschlusses der Krankenkasse beifügen)</b>			
Einstufung beantragt am	durch		
<b>Liegt Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse für Rezeptgebühren und Krankentransport</b>			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gültig bis	beantragt am
<b>Befindet sich Heimplatzbewerber/in im Krankenhaus</b>			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Name	Ort
<b>Wurde ein Bestattungsvorsorgevertrag geschlossen</b>			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bestattungs- institut	Vertrags- Nr.

Bitte nur weiße Felder ausfüllen

<b>Betreuung nach dem Betreuungsgesetz</b>			
Beschluss des Amtsgerichts <b>( Bitte Kopie des Beschlusses beifügen )</b>		vom	Aktenzeichen
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wurde beantragt am	beim Amtsgericht		wird beantragt/wurde angeregt
<b>gerichtlich bestellte/r Betreuer/in / vorgeschlagene/r Betreuer/in</b>			
Vor- u. Zuname		Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	
Straße/Haus-Nr.		PLZ/Ort	
<b>für die Bereiche</b>			
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge		
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahme		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Vollmacht erteilt an</b>			
Vor- u. Zuname		Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	
Straße/Haus-Nr.		PLZ/Ort	
<b>Art der Vollmacht</b>		<b>Sonstige Unterlagen:</b>	
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> Patientenvollmacht		
<input type="checkbox"/> Finanzielle Vollmacht	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>		
<b>( Bitte Kopie beifügen )</b>			
<b>Finanzierung</b>			
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	
<b>Bitte Kopie beifügen)</b>			
<b>Vertragspartner / Unterzeichnung Heimvertrag</b>			
Vor- u. Zuname			
Straße/Haus-Nr.		PLZ/Ort	
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail		Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	

Bitte nur weiße Felder ausfüllen

### Rechnungsempfänger

Vor- u. Zuname	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Datum	Unterschrift Heimplatzbewerber/in bzw. Antragsteller/in
-------	---

### Zusatzfragen, falls Heimplatzbewerberin/Heimplatzbewerber nicht selbst unterzeichnen

Wer stellt den Antrag		
Name		Vorname
In welcher Eigenschaft		
<input type="checkbox"/> Angehörige/r	<input type="checkbox"/> Gerichtlich bestellte/r Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
Ist der/die Kunde hierüber 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 Straße 33  
76227 Karlsruhe

### Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter

Telefon-Nr. 07 21/ 40902-0  
Fax-Nr. 07 21/ 40902-999  
E-Mail 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	