Seniorenzentrum Parkschlössle
Badener Straße 33
76227 Karlsruhe
(ke_2026-11)

heimstiftung karlsruhe hsk

☐	**Aufnahmeantrag**			☐	**Antrag auf Vormerkung**
☐	**Pflegeheim**	☐	**Einzelzimmer**		
		☐	**Doppelzimmer**		
☐	**Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege**	**von**		**bis**	

****wird von der Einrichtung ausgefüllt****			
Eingang	Eintritt	Wohnbereich	Zimmer

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

Personalien Ehe-/Lebenspartner*in	
Name, Vorname	Verwandtschaftsart
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Angehörige und/oder Bekannte (1)	
Name, Vorname	Verwandtschaftsart
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Angehörige und/oder Bekannte (2)	
Name, Vorname	Verwandtschaftsart
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Hausarzt	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort

Facharzt 1	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt/Fachrichtung	

Facharzt 2	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt/Fachrichtung	

Facharzt 3	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt/Fachrichtung	

Krankenkasse/Pflegekasse	
Name	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Sachbearbeiter*in	Versicherungs-Nr.

Liegt ein anerkannter Pflegegrad vor? (B I T T E K O P I E B E I F Ü G E N)		
☐ nein	☐ ja seit	
Pflegegrad		
☐ 0	☐ 1	☐ § 39c SGB V PG 2
☐ 2	☐ 3	☐ Eilantrag zum Pflegegrad PG 2
☐ 4	☐ 5	
Pflegegrad beantragt am		durch

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?					
☐ nein	☐ ja	Grad der Behinderung			

Liegt Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse für Rezeptgebühren und Krankentransport vor?					
☐ nein	☐ ja	gültig bis		beantragt am	

Befindet sich Heimplatzbewerber*in im Krankenhaus/einer anderen Pflegeeinrichtung?					
☐ nein	☐ ja	Name		Ort	

Wurde ein Bestattungsvorsorgevertrag geschlossen?					
☐ nein	☐ ja	Bestattungs-institut		Vertrags-Nr.	

Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (BITTE KOPIE DES BESCHLUSSES BEIFÜGEN)			
Beschluss des Amtsgerichts	vom	Aktenzeichen	
		☐ ja	☐ nein
wurde beantragt am	beim Amtsgericht	wird beantragt/wurde angeregt	

Gerichtlich bestellte*r Betreuer*in	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort

für die Bereiche			
☐	Vermögenssorge	☐	Gesundheitsfürsorge
☐	Aufenthaltsbestimmung	☐	Freiheitsentziehende Maßnahme
☐		☐	

Vollmacht erteilt an (BITTE KOPIE BEIFÜGEN)	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort

Art der Vollmacht			
☐	Generalvollmacht	☐	Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht
☐	Finanzielle Vollmacht	☐	Patientenverfügung/Patiententestament

Finanzierung				
Die Heimkosten werden bezahlt aus	☐	Einkommen	☐	Vermögen
Es besteht Anspruch auf Beihilfe (Pensionäre)	☐	ja	☐	nein
Es wird/wurde Sozialhilfeantrag gestellt am			bei	
durch				
Kostenübernahmebescheid des Sozialamtes	☐	ja	☐	nein
(BITTE KOPIE BEIFÜGEN)				

Wäscheversorgung				**Telefon von Einrichtung gestellt?**			
☐	nein	☐	ja (keine Zusatzkosten)	☐	nein	☐	Ja (19,90/Monatl. Flatrate ins dt. Festnetz)

Haftpflichtversicherung über die Heimstiftung Karlsruhe			
☐	nein	☐	ja (Kosten 36,00 €/Jahr)

Fußpflegeleistungen (externer Anbieter)			
☐	nein	☐	ja

Friseurleistungen (Salon im Haus)			
☐	nein	☐	ja

Verwahrgeldkonto (Barbetragsverwaltung)			
☐	nein	☐	ja

Welche der folgenden Leistungen sollen von dem Verwahrgeldkonto bezahlt werden?			
☐ Keine	☐ Fußpflege	☐ Friseur	☐ Apotheke

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren sowie aktuelle Informationen an Sie weiterleiten?		
☐ nein	☐ ja	E-Mail-Adresse(n):

Vertragspartner*in / Unterzeichnung Heimvertrag	
Name, Vorname	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Rechnungsempfänger*in	
Name, Vorname	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Datum	**Unterschrift Heimplatzbewerber*in/Antragsteller*in**

Zusatzfragen, falls Kund*in nicht selbst unterzeichnen kann	
Wer stellt den Antrag	
Name	Vorname

Soweit vorhanden, fügen Sie bitte folgende Anlagen bei

- ☐ Ärztlicher Fragebogen
- ☐ Kopie des Pflegegrades 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.	0721-40902-900
Fax-Nr.	0721-40902-999
E-Mail	parkschlössle@heimstiftung-karlsruhe.de

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ Internet	☐ Krankenhaus
☐ Werbung	☐ Ambulanter Pflegedienst
☐ Freunde/Bekannte	☐ Tagespflegeeinrichtung
☐ Telefonbuch	☐ Seniorenbüro der Stadt Karlsruhe
☐ Arzt	☐ sonstige
☐ Seniorenberatungsstelle	

Zu Ihrer Information: Um Ihre Daten in unsere Interessentenliste aufnehmen zu können und für die Zwecke der Vertragsvorbereitung- und Erstellung verarbeiten zu dürfen, benötigen wir Ihre ausdrückliche und freiwillige Zustimmung. Ihre Daten werden gemäß der in unserer Datenschutzerklärung beschriebenen Grundsätze und Regeln erhoben, verarbeitet, gespeichert und gelöscht. Sie haben als betroffene Person das Recht von der Heimstiftung Karlsruhe Auskunft über die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 15 DSGVO), die Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), die Löschung der Daten (Art. 17 DSGVO), die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) und die Übertragung der Daten (Artikel 20 DSGVO) zu verlangen, sofern die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Sie können nach Art. 21 DSGVO Widerspruch einlegen. Unbeschadet anderer Rechtsbehelfe können Sie sich beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (LfDI), Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, poststelle@lfdi.bwl.de beschweren. Den Datenschutzbeauftragten der Heimstiftung Karlsruhe erreichen Sie unter: Freiburger Datenschutzgesellschaft mbH, Luisenstr. 5, 79098 Freiburg, Tel: 0761/21716550 info@freiburger-datenschutzgesellschaft.de

☐ **Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und stimme der dort geregelten Verarbeitung meiner/der personenbezogenen Daten zu.**

Datum	**Unterschrift Antragsteller*in**