

AUFNAHMEANTRAG

FÜR

- Haus Pichl (auch Kurzzeitpflege)**
Pichl 1, 83564 Soyen, Tel. 0 80 73 / 9 14 90-0

- Haus Schlicht (Behütende Einrichtung)**
Schlicht 2, 83564 Soyen, Tel. 0 80 73 / 9 15 88-0

Gewünschte Aufnahme

- Daueraufnahme: ab _____
- Kurzzeitpflege: vom _____ bis _____

St. Martin Pflegeheime



1. Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname/n: _____
(Rufname unterstreichen)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____
(freiwillige Angabe)

Staatsangehörigkeit: _____

Derzeitige Anschrift:

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

--

St. Martin Pflegeheime



2. Angehörige (evtl. auch Kontaktpersonen)

Person, die im Fall einer Erkrankung zuerst benachrichtigt werden soll:

Name/Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (privat | Arbeit): _____ | _____

2. Weitere Angehörige (evtl. auch Kontaktpersonen)

Name/Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (privat | Arbeit): _____ | _____

Name/Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (privat | Arbeit): _____ | _____

St. Martin Pflegeheim GmbH

Pichl 1

83564 Soyen

Copyright: St. Martin Pflegeheim GmbH

Tel.: 0 80 73 / 9 14 90-0

e-mail: info@st-martin-pflegeheime.de

Internet: www.st-martin-pflegeheime.de

St. Martin Pflegeheime



3. Evtl. gesetzliche/r Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Name/Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (privat | Arbeit): _____ | _____

Auf welcher Grundlage: _____
(Vollmacht etc.)

4. Hausarzt/Hausärztin

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

5. Krankenkasse - Pflegeversicherung

Name der Kasse: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnummer: _____

Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?

ja nein

Bei ja: In welcher Pflegestufe sind Sie?

I II III

Wurde ein Antrag auf „Vollstationäre Pflege“ gestellt?

ja nein

(gemäß § 75 Abs. 2 SGB XI)

(bei ja bitte Kopie beilegen)

Wurde ein Antrag auf „Kurzzeitpflege“ gestellt?

ja nein

(gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI)

St. Martin Pflegeheim GmbH

Pichl 1

83564 Soyen

Copyright: St. Martin Pflegeheim GmbH

Tel.: 0 80 73 / 9 14 90-0

e-mail: info@st-martin-pflegeheime.de

Internet: www.st-martin-pflegeheime.de

St. Martin Pflegeheime



6. Heim- und Pflegekosten

Werden die Heim- und Pflegekosten von Ihnen selbst gezahlt oder stellen Sie einen Sozialhilfeantrag?

- Ich bin Selbstzahler – ohne Leistungen der Pflegeversicherung
- Ich bin Selbstzahler – mit Leistungen der Pflegeversicherung der Stufe _____
- Ich habe einen Sozialhilfeantrag beim Sozialamt _____
(Stadt/Kreis) gestellt und zahle meine Rente als Eigenanteil
(bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen)

7. Beschreibung Ihrer derzeitigen Situation

Welche Betreuung oder Pflege brauchen Sie:

8. Wünsche für Ihre Unterbringung

Ich möchte ein Einzelzimmer Doppelzimmer
Ich möchte eigene Möbel mitbringen: ja nein
Wenn ja, welche?

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder eines unter
Punkt 3 angegebenen Bevollmächtigten