



# Aufnahme-Antrag

## Haus Königsberg –Wetzlar

Robert-Koch-Weg 4a  
35578 Wetzlar  
Tel.: 064 41/206-0  
Fax: 064 41/206-225  
Mail: [e.steinmetz@koenigsbergerdiakonie.de](mailto:e.steinmetz@koenigsbergerdiakonie.de)



## Haus Berlin – Wetzlar

Robert-Koch-Weg 1  
35578 Wetzlar  
Tel.: 064 41/206-0  
Fax: 064 41/206-225  
Mail: [e.steinmetz@koenigsbergerdiakonie.de](mailto:e.steinmetz@koenigsbergerdiakonie.de)



## Solmser Heim–Braunfels

Leuner Straße 1  
35619 Braunfels  
Tel.: 06442/ 9513-0  
Fax: 06442/9513-24  
Mail: [a.becker@koenigsbergerdiakonie.de](mailto:a.becker@koenigsbergerdiakonie.de)



## Seniorenzentrum Hüttenberg

Berliner Straße 10  
35625 Hüttenberg  
Tel.: 06403/7 7508-0  
Fax: 06403/7 7508-1219  
Mail: [a.becker@koenigsbergerdiakonie.de](mailto:a.becker@koenigsbergerdiakonie.de)



<input type="checkbox"/> <b>Vollstationäre Pflege</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b>	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> <b>Verhinderungspflege</b>		von _____ bis _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Ihnen die Aufnahme in einem unserer Häuser so einfach wie möglich zu machen, haben wir uns bemüht, den Antrag übersichtlich zu gestalten. Wir möchten Sie jedoch bitten die aufgeführten Fragen lückenlos zu beantworten, da sich ansonsten die Aufnahme möglicherweise verzögern kann. Sie helfen uns damit auch, eine gute Betreuung und Pflege vorzubereiten.

Wenn Sie das in der Anlage beigefügte Formular ausfüllen und uns mit dem Aufnahme-Antrag zurückreichen, können wir uns über Ihre derzeitige Situation ein genaueres Bild machen und schon im Vorfeld überlegen, wie wir Ihnen die für Sie notwendige und gewünschte Pflege und Betreuung am besten ermöglichen können

### 1. Persönliche Angaben des Antragstellers:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### 2. In welcher Krankenversicherung/Pflegekasse sind Sie versichert:

\_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

Erhalten Sie bereits Leistungen Ihrer Pflegekasse:  ja  nein

In welchen Pflegegrad wurden Sie eingruppiert:  0  1  2  3  
 4  5

Wurde ein Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer zuständigen Pflegekasse gestellt?  ja  nein

Besteht eine Befreiung zur Zuzahlung zu den Medikamentengebühren:  ja, gültig bis \_\_\_\_\_  nein

**3. Sie haben eine Übersicht der Heim- und Pflegekosten erhalten. Werden diese Heim- und Pflegekosten in voller Höhe von Ihnen selbst gezahlt oder stellen Sie einen Sozialhilfeantrag?**

**Selbstzahler** ohne Leistungen der Pflegekasse

**Selbstzahler mit Leistungen der Pflegekasse** (d. h. Einstufung in Pflegegrad 1 bis 5)

**Sie sind beihilfeberechtigt?**

Sie haben einen **Sozialhilfeantrag** beim Sozialamt der Stadt/des Kreises \_\_\_\_\_ gestellt und zahlen Ihre Rente als Eigenanteil (bitte Kopie des aktuellen Rentenbescheides beilegen).

**Rechnungsempfänger** (für Selbstzahler oder für Ihren Anteil, bzw. Ihre Rente):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

**4. Welche Wünsche haben Sie:**

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Sonstige Wünsche: (z. B. eigene Möbel etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Angaben zu den nächsten Angehörigen:**

Wenn es mehrere Angehörige gibt, tragen Sie bitte in die linke Spalte den Namen des Angehörigen ein, der im Falle einer Erkrankung benachrichtigt werden soll oder im Falle des Ablebens den Nachlass in Empfang nehmen soll:

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## 6. Vollmacht

- a. Haben Sie eine privatrechtliche Vollmacht erteilt?  ja  nein  
(ausgestellt für eine Person Ihres Vertrauens für den Fall von Krankheit, Gebrechlichkeit bzw. Geschäftsunfähigkeit)
- b. Liegt eine notariell beglaubigte Vollmacht vor?  ja  nein  
(ausgestellt für eine Person Ihres Vertrauens, die bei Krankheit, Gebrechlichkeit bzw. Geschäftsunfähigkeit für Sie Entscheidungen treffen darf)
- c. Besteht ein vom Amtsgericht ausgestelltes Betreuungsverhältnis?  ja  nein

Sollten Sie einen der o. g. Punkte mit „ja“ beantwortet haben, bitte unbedingt Kopie beifügen

## 7. Hausarzt

Name des jetzt behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Name des in der Einrichtung gewünschten Arztes: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Bisherige Fachärzte: \_\_\_\_\_

## 8. Seelsorge/Bestattung

Dürfen/sollen wir Ihren Einzug dem zuständigen Pfarramt melden?  ja  nein

Welche Wünsche haben Sie im Falle des Ablebens  Erd- oder  Feuerbestattung

Welches Beerdigungsinstitut wünschen Sie? \_\_\_\_\_

Welche Regelungen haben Sie (auch in Bezug auf die Kosten) bisher getroffen, gibt es evtl. einen Bestattungsvertrag? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zu Punkt 6 & 8.:** Aus Ihrer Erfahrung wissen Sie selbst, wie schnell sich der Gesundheitszustand eines älteren Menschen verändern kann. Damit Sie für diesen Fall gerüstet sind, empfehlen wir Ihnen, Vorsorge zu treffen, z. B. durch eine privatrechtliche Vollmacht oder eine Sterbegeldversicherung. Bitte sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers  
bzw. des unter Punkt 6. benannten Bevollmächtigten