

Zu Punkt 6 und 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.

Aufnahme-Antrag

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: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Bitte geben Sie weitere behandelnde Ärzte und Therapeuten an, z. B. Zahnarzt/Krankengymnastik/ Ergotherapie

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? _____

Haus Königsberg an der Lahn – Wetzlar

Inselstraße 5
35576 Wetzlar
Tel.: 06441 / 2108-200
Fax: 06441 / 2108-225
Mail: el-sh@koenigsbergerdiakonie.de



Haus Berlin – Wetzlar

Robert-Koch-Weg 1
35578 Wetzlar
Tel.: 06441 / 206-0
Fax: 06441 / 206-225
Mail: a.becker@koenigsbergerdiakonie.de



Solmser Heim – Braunfels

Leuner Straße 1
35619 Braunfels
Tel.: 06442 / 9513-0
Fax: 06442 / 9513-24
Mail: el-sh@koenigsbergerdiakonie.de



Seniorenzentrum – Hüttenberg

Berliner Straße 10
35625 Hüttenberg
Tel.: 06403 / 77508-0
Fax: 06403 / 77508-1219
Mail: a.becker@koenigsbergerdiakonie.de



* Foto © @zeichensetzen/wiemer

Vollstationäre Pflege **Kurzzeitpflege** vom _____ bis _____
 Verhinderungspflege **Kurzzeitpflege** nach § 39 c SGB V vom _____ 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. Bei 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 (d. h. Einstufung in Pflegegrad 1)
 Selbstzahler mit Leistungen der Pflegekasse (d. h. Einstufung in Pflegegrad 2 bis 5)
 Sind Sie 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
 Telefon
 Wäscheversorgung privat durch Wäscherei
 Medikamentenversorgung privat Vertragsapothek der Einrichtung
 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: _____