

1. Angaben zur Person der/des Aufzunehmenden	
Name (Familiennamen)	Geburtsname:
Vorname/-n (Rufnamen unterstreichen)	
Geburtsdaten	geboren am: in:
derzeitige Anschrift	Straße/Hausnummer: PLZ/ Ort:
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet seit: ☐ geschieden ☐ verwitwet seit:
Konfession	☐ römisch-katholisch ☐ evangelisch ☐ keine ☐ andere (bitte nennen):
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere (bitte nennen):
Letzte Eheschließung	am: in:
Telefonnummer	Festnetz: Mobil:
Anzahl der Kinder	_____ volljährig _____ minderjährig _____ Verstorbene

2. Angaben zum Ehepartner (auch bei Verstorbenen)	
Name (Familiennamen)	Geburtsname:
Vorname/-n Rufnamen unterstreichen)	
Daten:	Geburtsdatum: ggf. Sterbedatum:

3. Angaben zu den nächsten Angehörigen				
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
wie verwandt?				
Anschrift				
Telefon				

4. Betreuer/ Bevollmächtigte Ist eine Betreuung beantragt oder eine Vorsorgevollmacht erteilt? Genaue Anschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten, einschließlich Telefonnummer	☐ nein ☐ ja	wenn ja, bitte Kopie der Bestellung, des Betreuerausweises oder der Vorsorgevollmacht beilegen.
	Anschrift Betreuer/ Bevollmächtigter: Telefonnummer: E-Mail-Adresse:	
5. Patientenverfügung	☐ ja (Kopie beilegen) ☐ nein	
6. Krankenkasse	Name der Krankenkasse: Mitgliedsnummer:	
7. Hausarzt Bitte klären Sie mit Ihrem Hausarzt ab, ob dieser Hausbesuche im Bürgerstift durchführt. Sollte dies nicht der Fall sein, so müssten Sie einen anderen Hausarzt suchen.	Anschrift Hausarzt: Telefonnummer: Bei einem Arztwechsel muss der neue Hausarzt bei Einzug benannt sein.	
8. Pflegeeinstufung (Pflegegrad = PG)	☐ kein PG ☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5 ☐ beantragt	
9. Schwerbehinderung	Liegt ein Bescheid vor? ☐ ja (Kopie beilegen) ☐ nein	
10. Personalausweis	Nummer und ausstellende Behörde:	

11. Angaben zur Aufnahme	
Gewünschte Wohnform:	☐ betreutes Wohnen ☐ vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeit-/ Verhinderungspflege ☐ Unterbringung beschützende Abteilung
Gewünschte Zimmerkategorie:	☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ Zweiraumwohnung ☐ Zweieinhalbraumwohnung
Aufnahmetermin:	☐ dringend ☐ als Voranmeldung ☐ wenn möglich ab _____
Derzeitiger Aufenthalt:	☐ zu Hause ☐ Krankenhaus ☐ Reha-Einrichtung ☐ andere Pflegeeinrichtung
Wer stellt den Antrag auf Heimaufnahme?	☐ aufzunehmende Person selbst ☐ sonstige Person (Name, genaue Anschrift, Telefon, E-Mail)

12. Angaben zur Übernahme der Heimkosten

Wenn die monatlichen Einkünfte zur Deckung der Pflegekosten ausreichen, gilt die/ der Aufzunehmende als **Selbstzahler**.

Die Heimkosten werden aufgebracht durch (bitte ankreuzen):

- ☐ die aufzunehmende Person selbst
- ☐ die aufzunehmende Person wurde mit Bescheid vom _____ in den Pflegegrad _____ eingestuft.
- ☐ eine Einstufung in einen Pflegegrad wurde am _____ beantragt.
- ☐ ein Höherstufungsantrag wurde am _____ gestellt.
- ☐ Antrag auf Kostenübernahme wurde bei(m) _____ am _____ gestellt.
- ☐ sofern noch nicht erfolgt, wird ggf. die Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger umgehend vom Unterzeichner beauftragt.

Hinweis zur Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege

Die Kostenübernahme für die „Kurzzeitpflege und/oder Verhinderungspflege“ muss vor der Aufnahme bei der Pflegekasse beantragt werden. Den zu zahlenden „Eigenanteil“ entnehmen Sie bitte der aktuellen Preisliste.

13. Kostenübernahme

Sofern die Einkünfte der/ des Aufzunehmenden zur Begleichung der Heimkosten nicht ausreichen und eine Kostenzusage von Dritten (z.B. Bezirk Schwaben, Pflegekasse, sonstige Versicherungen) nicht erteilt wird (z.B. wegen verspäteter Antragstellung), werden die nicht gedeckten Kosten von _____

getragen. _____ (Name u. Anschrift)

Ich versichere/ wir versichern ausdrücklich, zur Zahlung der nicht gedeckten Kosten in der Lage zu sein.

_____, Ort _____, Datum _____

Unterschrift des Aufnahme-Antragsstellers

Unterschrift der die Kosten übernehmenden Person

Der Antrag beim Sozialhilfeträger ist möglichst vor der Heimaufnahme zu stellen. Wenn dies nicht möglich ist, muss der Bezirk Schwaben oder ein anderer Kostenträger zumindest schriftlich über die Heimaufnahme informiert und der Antrag nachgereicht werden.

Die Anschrift des regional zuständigen Sozialhilfeträgers lautet:

Bezirk Schwaben
Sozialverwaltung
86147 Augsburg
Tel.: 0821-31010

Wir empfehlen die Stellung eines Sozialhilfeantrags auch dann, wenn eine Einstufung in einen endgültigen Pflegegrad von der Pflegekasse noch nicht erfolgt ist und die Einkünfte der/ des Aufzunehmenden die anfallenden Kosten nicht abdecken.

14. Angaben zur aktuellen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

(bitte möglichst genau angeben)

Die aufzunehmende Person ...

- ist gehfähig ☐ ja ☐ nein ☐ mit Unterstützung/ Hilfe
- kann Treppensteigen ☐ ja ☐ nein ☐ mit Unterstützung
- verhält sich tagsüber ruhig ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- verhält sich nachts ruhig ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- Stuhl – Inkontinenz ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- Harn – Inkontinenz ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- Kontrolle der Medikamenteneinnahme ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- benötigt Unterstützung:
 - beim Aufstehen aus dem Bett ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer erforderlich
 - beim Zubettgehen ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer erforderlich
 - beim An- und Auskleiden ☐ ja ☐ nein ☐ Kontrolle/ Anleitung ausreichend
 - beim Waschen/Kämmen/Rasieren ☐ ja ☐ nein ☐ Kontrolle/ Anleitung ausreichend
 - beim Baden/ Duschen ☐ ja ☐ nein ☐ Kontrolle/ Anleitung ausreichend
 - beim Essen/ Trinken ☐ ja ☐ nein ☐ Kontrolle/ Anleitung ausreichend
- ist örtlich orientiert: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- ist zeitlich orientiert: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- ist zur Person orientiert: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- ist zur Situation orientiert: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
- aktuelle Größe: _____
- aktuelles Gewicht: _____

Besondere, weitere **körperliche** Beeinträchtigungen:

Gemütsstimmung: ☐ freundlich ☐ ruhig ☐ niedergeschlagen
☐ leicht erregbar (durch was bzw. wen?)

Psychische Auffälligkeiten, Gewohnheiten, Verhaltensbesonderheiten:Bei **verwirrten** Personen:

- Neigung zum Rauslaufen ☐ ja ☐ nein
- Neigung zu Aggressionen ☐ ja ☐ nein

Sucht-Krankheiten: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche?

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus? ☐ ja ☐ nein	
Welche Hilfsmittel werden voraussichtlich mitgebracht?	
☐ Brille ☐ Hörgeräte ☐ Zahnprothese ☐ Gehhilfe/Rollator ☐ Rollstuhl	
☐ sonstiges:	
Diät/ Sonderkosten (bitte möglichst genau angeben.)	
Essen: besondere Vorlieben/ Abneigungen?	

15. Sonstige Bemerkungen oder Ergänzungen

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung bzw. Abgabe im Seniorenzentrum Bürgerstift, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Vielen Dank!

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen der Wahrheit.

Der vom (Haus-) Arzt ausgefüllte ärztliche Fragebogen liegt bei, bzw. wird nachgereicht.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift der/des Antragsstellers/ Betreuers/
Bevollmächtigten

Unterschrift der aufzunehmenden Person

**Wenn weitere Fragen bestehen, können Sie sich jederzeit an uns wenden.
Gerne zeigen wir Ihnen unser Haus!**

Ihr Team vom Seniorenzentrum Bürgerstift