



Heimaufnahmeantrag

Seniorencentrum Josef Nischbach; Peisserstraße 66; 85053 IN

Verwaltung: 0841/96435-400 Fax: 0841/96435-450

Pflegedienstleitung: 0841/96435-473 Fax: 0841/96435-477

Seniorencentrum

Für welchen Bereich soll der Aufnahmeantrag gestellt werden	
Stationäre Pflege <input type="checkbox"/>	
Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/>	
Personalien	
Name	Geburtsname
Vorname	
Geburtstag	Geburtsort
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon (tagsüber)	Mobil
Familienstand	Konfession/Pfarrei
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltort (aktuell)	
Krankenkasse:	KV-Nr.
Gesetzlich	
Privat	
Personalausweis	Schwerbehindertenausweis
Personalausweisnr.:	Az, ausgestellt am:
Ausstelldatum:	Grad der MdE:
Ausgestellt am:	Behinderungsart:
Gültig bis:	Gültig bis:
Bevollmächtigte / gesetzl. bestellter Betreuer	
Name, Vorname	
Straße	
PLZ / Ort	
E-mail:	
Telefon (tagsüber)	Mobil
Verhältnis zum Interessenten	



Heimaufnahmeantrag

Seniorencentrum Josef Nischbach; Peisserstraße 66; 85053 IN

Verwaltung: 0841/96435-400 Fax: 0841/96435-450

Pflegedienstleitung: 0841/96435-473 Fax: 0841/96435-477

Seniorencentrum

Wirkungskreise:

Aufenthaltsbestimmung

Vermögen

Anhalten u. Öffnen der Post

Gesundheitsfürsorge

Vertretung gegenüber Behörden, Versicherung ,etc.

Entscheidung über Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen richterlich angeordnet?

Ja

Nein

Hausarzt

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon (tagsüber)

Mobil

Einkommensart (Rente, Pension, Sozialhilfe, Unterhaltsbezüge)

Höhe des monatlichen Einkommens in EUR

Werden ungedeckte Heimkosten aus Bankguthaben oder Vermögen beglichen?

Ja

Nein

Wird Sozialhilfe beantragt

Ja

Nein

Besteht Befreiung von Zuzahlungen?

Ja

Nein

Besteht Befreiung auf Rundfunkgebühren?

Ja

Nein

Besteht eine Telefongebührenermäßigung?

Ja

Nein

Welche Regelung ist im Falle des Ablebens vorgesehen?

Kinder oder sonstige Angehörige

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon (tagsüber)

Mobil

Datum	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Revisionsstand:	4
Name	29.03.2023	29.03.2023	29.03.2023	Nächste Überarbeitung:	Bei Bedarf
	Froschermeier	Froschermeier	Froschermeier	Seite:	2 von 4



Heimaufnahmeantrag

Seniorenzentrum Josef Nischbach; Peisserstraße 66; 85053 IN

Verwaltung: 0841/96435-400 Fax: 0841/96435-450

Pflegedienstleitung: 0841/96435-473 Fax: 0841/96435-477

Seniorenzentrum

Name, Vorname		
Straße		
PLZ / Ort		
Telefon (tagsüber)	Mobil	
Kostform		
Normalkost <input type="checkbox"/>	Schonkost <input type="checkbox"/>	
Diabeteskost <input type="checkbox"/>	Sondenkost <input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel		
Gehwagen <input type="checkbox"/>	Krücken <input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl <input type="checkbox"/>
Rollstuhl <input type="checkbox"/>	Brille <input type="checkbox"/>	Blasenverweilkatheter <input type="checkbox"/>
Hörgeräte <input type="checkbox"/>	Einlagen <input type="checkbox"/>	Dauerkatheter <input type="checkbox"/>
Sonstiges:		
Alltagskompetenz (Steht im Beschluss der Pflegekasse bei Einstufung)		
Erheblich eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Erhöhtem Maße eingeschränkt <input type="checkbox"/>	
Gewünschter Einzugstermin:		
Falls kein Zimmer frei ist, wünschen Sie auf die „Warteliste“ zu kommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zimmerwunsch	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
Gibt es eine Vorsorgevollmacht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Gibt es eine Betreuungsverfügung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Gibt es ein Patiententestament/-verfügung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Besteht eine gesetzliche Betreuung? (Bitte Kopie beifügen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	



Heimaufnahmeantrag

Seniorencentrum

Seniorencentrum Josef Nischbach; Peisserstraße 66; 85053 IN

Verwaltung: 0841/96435-400 Fax: 0841/96435-450

Pflegedienstleitung: 0841/96435-473 Fax: 0841/96435-477

Gibt es eine Generalvollmacht(durch Notar)? Ja Nein

(Bitte Kopie beifügen)

Pflegegrad

0

I

II

III

IV

V

Covid-19-Impfungen

1. Impfung _____

2. Impfung _____

3. Impfung _____

4. Impfung _____

5. Impfung _____

Nachweise in Kopie!!!

Covid-19-Infektion

Datum: _____

Abstrich Schnelltest (alle 2 Wochen bei dem Bewohner/-in)

Einverstanden

Ja

Nein

Einverständnis für

Informationssammlung

Biografie

Foto und Namen vor Zimmertüre

Post

Einverstanden

Ja

Nein

Ort/ Datum _____

Unterschrift (Interessent) _____

Unterschrift (Bevollmächtigter) _____

Datum	Bearbeitet	Geprüft	Freigegeben	Revisionsstand:	4
	29.03.2023	29.03.2023	29.03.2023	Nächste Überarbeitung:	Bei Bedarf
Name	Froschermeier	Froschermeier	Froschermeier	Seite:	4 von 4