

# Aufnahmeantrag

DO Seniorenzentrum gGmbH

Seniorenzentrum Gertrud-Schäfer-Haus

Löbichauer Straße 71 · 07749 Jena

Telefon: 03641 22 44 0



**1. Gewünschter Termin** ..... Aufnahmeart:  vollstationär  Kurzzeitpflege  Tagespflege  
Gewünschte Wohnform  Haus (optional): .....  Einbettzimmer  Zweibettzimmer

## 2. Persönliche Angaben (zukünftiger Bewohner)

Familienname ..... Vorname .....

Geburtsname ..... Geburtsdatum .....

Geburtsort ..... Familienstand  ledig  verh.  verw.  gesch.

Straße ..... Telefon: .....

PLZ / Ort ..... Konfession .....

Hausarzt .....

Fachärzte .....

Krankenkasse ..... Mitgliedsnummer .....

Hilfsmittel .....

Befreiung  ja  nein wenn ja, Zeitraum .....

Allergien ..... Herzschrittmacher .....

Vorsorgevollmacht ..... Betreuungsverfügung ..... Patientenverfügung .....

**3. Pflegegrad**  ja, welcher Pflegegrad: .....  nein  
Höherstufungsantrag gestellt  ja  nein

## 4. Gründe der Anmeldung / medizinische Diagnosen:

.....  
.....  
.....

# Aufnahmeantrag

DO Seniorenzentrum gGmbH

Seniorenzentrum Gertrud-Schäfer-Haus

Löbichauer Straße 71 · 07749 Jena

Telefon: 03641 22 44 0



## 5. Angehörige bzw. Betreuer (nach Betreuungsgesetz/Vorsorgebevollmächtigter)

Familienname	.....	Vorname	.....
Straße	.....	PLZ / Ort	.....
Telefon	.....	E-Mail	.....
Verwandtschaftsgrad	.....		

## 6. Informationen (wird bei Aufnahme optional durch Einrichtung ausgefüllt)

Auf Wohngeld hingewiesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Über Inanspruchnahme von Sozialleistungen informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Über Kosten informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kostenzusage vom Sozialamt bei PG2 ggf. geklärt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unterlagen ausgehändigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Diese Anmeldung ist unverbindlich, eine Aufnahme in das Haus kann nur bei Vorliegen eines Pflegegrades, nach vollständiger Klärung der Kostenübernahme und bei Vorliegen eines ausgefüllten ärztlichen Fragebogens/

Arztbriefs erfolgen. Ohne Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse bzw. des zuständigen Sozialhilfeträgers sind die gesamten Heimkosten als Selbstzahler zu tragen!

Mit der Erhebung persönlicher Daten erklärt sich der Kunde/ Interessent durch seine Unterschrift einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Antragsteller

.....  
Einrichtung

## Bemerkungen

.....  
.....  
.....  
.....