

### 3.7 Antrag zur Aufnahme in das Pflegeheim / Betreutes Wohnen

**Einzug:**

sofort  ab:

**Vorheriger Aufenthalt: Pflegeheim**  ja  nein falls ja seit wann.....

**Betreuungsart:**

<input type="checkbox"/> <b>Betreutes Wohnen</b> <input type="checkbox"/> 1 – Zi. Whg. <input type="checkbox"/> 2 – Zi. Whg. <input type="checkbox"/> 3 – Zi. Whg.	<input type="checkbox"/> <b>Pflege</b>	<input type="checkbox"/> <b>Geronto- Psychiatrie</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------------------------

**Pflegegrad:**  1  2  3  4  5 nicht eingestuft

**Antragsteller / -in:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Straße, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Ehemaliger Beruf: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

**Art des Einkommens:** ..... **Monatlich €:** .....

**Sozialhilfe:**  ja  nein

**Aktenzeichen:** ..... **bzw. beantragt am:** .....

**Versicherung:**

Krankenversichert bei:	Nr.:
Str., Ort, PLZ	

Beihilfe: \_\_\_\_\_ % zu \_\_\_\_\_ % (bitte angeben)

**bitte wenden →**

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Erstelldatum	Prüfdatum	Seite 1
Vorstand	QM	2	02.01.1998	23.04.2025	von 2

<i>Dr. Georg Frank - Altenhilfe - Stiftung</i>	<b>Qualitätsmanagement- handbuch</b>	<b>Geltungsbereich:</b> Alle Kap F/ 3. Bewohnerverwaltung
----------------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

## 1. Angehöriger

Name, Vorname: .....

Verwandtschaftsverhältnis: .....

Straße, PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

e-mail: .....

## Hausarzt:

Name: .....

Straße, PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

## Folgende Unterlagen sind unbedingt vorzulegen:

**Ärztlicher Fragebogen** – nur im Pflegebereich bei dringender Aufnahme

Bei Betreuung die Bestattungsurkunde.

Falls ich (wir) die Heimkosten nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann (können), werde(n) ich (wir) Sozialhilfe beantragen. Die gesetzliche Unterhaltspflicht Angehöriger bleibt bestehen.

**Die Anmeldung hat eine Gültigkeit von 3 Monaten für einen Pflegeheimplatz und 6 Monaten für das Betreute Wohnen. Bei keiner weiteren Interessenanzeige verfällt diese und die Anmeldung wird vernichtet. Die Daten werden ausschließlich für die Anmeldung verwendet, nicht digitalisiert und nicht weitergegeben.**

**Möchten Sie weitere Informationen zum Datenschutz können Sie uns gerne persönlich unter der E-Mail: [altenhilfe@dr-frank-stiftung.de](mailto:altenhilfe@dr-frank-stiftung.de) kontaktieren.**

Ort, Datum

Unterschrift d.  
Antragsstellers

Unterschrift Ehegatte /  
Betreuer

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Erstelldatum	Prüfdatum	Seite 2
Vorstand	QM	2	02.01.1998	23.04.2025	von 2