


Aufnahmeantrag zur Dauerpflege im Alexander-Stift für das Gemeindepflegehaus in

<input type="checkbox"/> Allmersbach	<input type="checkbox"/> Aspach	<input type="checkbox"/> Berglen	<input type="checkbox"/> Großlach-Neufürstehütte	<input type="checkbox"/> Kirchberg/Murr
<input type="checkbox"/> Korb	<input type="checkbox"/> LB-Eglosheim Hausgemeinschaftsmodell	<input type="checkbox"/> Mundelsheim Hausgemeinschaftsmodell	<input type="checkbox"/> Neckarwestheim	<input type="checkbox"/> Neckarwestheim-Demenzstation
<input type="checkbox"/> Rechberghausen Hausgemeinschaftsmodell	<input type="checkbox"/> Rudersberg	<input type="checkbox"/> Schlierbach Hausgemeinschaftsmodell	<input type="checkbox"/> Urbach	<input type="radio"/> Bitte ankreuzen, wer den Antrag ausgefüllt hat
<input type="checkbox"/> Weissach	<input type="checkbox"/> Weissach-Demenzstation	<input type="checkbox"/> Weinstadt-Schnait Hausgemeinschaftsmodell	<input type="checkbox"/> Zell u. A.	

Persönliche Daten des Antragstellers (1)

○ Name: Vorname:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort: 

Geburtsdatum: Geburtsort: Geburtsname:

Familienstand: Konfession: Nationalität:

Nur Neufürstehütte. Wenn verheiratet: Seit: Ort der Eheschließung:

Ehepartner Vorname: Geburtstag Ehepartner: Wenn verwitwet: Sterbetag Ehep:

Wann soll die Aufnahme erfolgen: Vorsorgliche Anmeldung


Einzelzimmer Doppelzimmer Umzug von einem anderen Heim

Angehörige / Ansprechpartner

(Die hier aufgeführten Ansprechpartner werden zu unseren hausinternen Veranstaltungen schriftlich eingeladen. Wünschen Sie dies noch für weitere Angehörige, so vermerken Sie deren Anschriften bitte auf einem separaten Blatt und legen Sie dies dem Antrag bei.)


○ Hauptansprechpartner (2): Angehöriger, Verwandtschaftsgrad: gesetzlicher Betreuer

Name, Anschrift:

..... 

○ Zweiter Ansprechpartner (3): Angehöriger, Verwandtschaftsgrad:

Name, Anschrift:

..... 

Ist eine der oben genannten Personen (1), (2), (3) Eigentümer einer Wohnung/Pflegezimmer in einem Haus des Alexander-Stifts? Nein

Ja, Haus Wohnung Nr. Appartement Nr. Baustein

Kranken- Pflegekasse / Arzt

Pflegestufe: 1 2 3 ein Antrag auf Höherstufung wurde am gestellt.

keine Pflegestufe, der Antrag auf Einstufung wurde am gestellt.

Laut Bescheid der Pflegekasse wurde ein erheblicher Betreuungsbedarf festgestellt.

Krankenkasse (Name, Adresse):

.....

Kassennummer:..... Versichertennummer:..... (Siehe Versichertenkarte)

Von Zuzahlungen befreit? Nein Ja bis:

Hausarzt (Name, Adresse):



Kosten

a) Anteil der Pflegekasse
<input type="checkbox"/> Antrag für die Kostenübernahme der Pflegekosten wurde/wird bei der Pflegekasse gestellt.
b) Restliche Kosten
<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt (nur bei Beamten)
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme wurde beim Sozialamt gestellt bzw. <input type="checkbox"/> wird gestellt.
c) Verantwortlich für die Begleichung der Kosten, die durch die Pflegekasse nicht gedeckt sind und Rechnungsempfänger ist (verantwortlicher Ansprechpartner):
<input type="checkbox"/> der Hauptansprechpartner; siehe Adresse unter Angehörige (2) oder
<input type="checkbox"/> der zweite Ansprechpartner; siehe Adresse Angehörige (3) oder
<input type="checkbox"/> der zukünftige Bewohner (1).
<input type="checkbox"/> Ich wünsche die Abbuchung der Kosten von folgenden Konto:
Kontonummer BLZ:
bei der:
Kontoinhaber:
(Das Alexander-Stift schickt Ihnen die Einzugsermächtigung im Anhang des Heimvertrags zur Unterschrift zu.)

Ansteckende Krankheiten (ohne diese Angaben kann keine Aufnahme erfolgen)

Gibt es Kenntnis von einer ansteckungsfähigen Krankheit (insbesondere Lungen-TBC) des Antragstellers? Nein

Ja und zwar:.....

Wichtige Hinweise

10 € - Praxisgebühr	<input type="checkbox"/>	Soll dem Hausarzt vom Alexander-Stift gegeben werden und auf die Heimkostenrechnung gesetzt werden. (1)	
(wenn nichts angekreuzt wird, gehen wir von Variante 1 aus)	<input type="checkbox"/>	Wird dem Hausarzt von den Angehörigen gegeben.	
	<input type="checkbox"/>	Der Antragsteller nimmt am DPM- oder Hausarztmodell teil und muss die 10€ -Arztgebühr nicht bezahlen.	
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/>	Ja – bitte Schwerbehindertenausweis in Kopie beilegen.	<input type="checkbox"/> besteht nicht.
Betreuung, Vollmacht	<input type="checkbox"/>	Ja – bitte Betreuungsurkunde/Vollmacht in Kopie beilegen.	<input type="checkbox"/> besteht nicht.
	<input type="checkbox"/>	Der Antragsteller kann geschäftliche Dinge selbst regeln.	<input type="checkbox"/> Nein.
	<input type="checkbox"/>	Eine Betreuung oder General- / Vorsorgevollmacht ist beantragt.	<input type="checkbox"/> Nein.
Anmeldung		Die Anmeldung ist für beide Seiten unverbindlich.	
Pflegestufe		Wenn bei der Aufnahme die Einstufung durch die Pflegekasse noch nicht erfolgt ist und/oder später die Stufe 0 festgestellt wird, rechnet das Alexander-Stift die Stufe 1 komplett ohne den Anteil der Pflegekasse ab.	

Datum: Unterschrift des Antragstellers:

Bitte senden Sie den Aufnahmeantrag ausgefüllt und unterschrieben an:

Alexander-Stift Sozialdienst, Heimweg 14 in 71577 Großerlach ☎ 07903 / 930 – 930 📠 07903 / 930 – 103