

# Aufnahmeantrag

Deutschordenshaus Regensburg-Betriebs-GmbH, Haus Albertinum  
Clermont-Ferrand-Allee 40 - 93049 Regensburg  
Tel. 0941/28073-0 - Fax: 0941/28073-150  
www.deutschordenshaus-regensburg.de  
verwaltung@deutschordenshaus.de

**Graue Felder bitte  
nicht ausfüllen!**

Einzugstermin:

WB: \_\_\_\_\_

Zimmer-Nr. \_\_\_\_\_

## 1. Persönliche Angaben

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

früherer Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthalt:**  Zuhause  Krankenhaus: \_\_\_\_\_  Reha

**Dringlichkeit:**  dringend  nicht dringend

**Zimmerkategorie:**  Einzelzimmer  Appartement  Doppelzimmer

**Raucher:**  Nein  Ja

**Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?**  Nein  Ja

**Besteht eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane?** Vorschrift nach §35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz  
 liegt nicht vor  liegt vor

**Zuzahlung zu Medikamenten:**  befreit  nicht befreit

**Schwerbehindertenausweis:**  Nein  Ja, zu \_\_\_\_\_ %

**Patientenverfügung vorhanden:**  Nein  Ja

## 2. Angehörige / Betreuer/ Bevollmächtigter

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ **Vollmacht vorhanden:**  
Ja  Nein

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ **Vollmacht vorhanden:**  
Ja  Nein

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden** 

### 3. Krankenkasse/ Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse/ Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer mit Status

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Bestehen Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge?**     Nein     Ja

**Es liegt ein Pflegegrad vor:**     Nein     Ja

**Es ist Pflegegrad:**     1     2     3     4     5    vorhanden.

**Bescheid der Pflegekasse liegt vor:**     Nein     Ja

**Einstufung beantragt:**     Nein     Ja, am \_\_\_\_\_

Schnelleinstufung beantragt     Nein     Ja

von wem? \_\_\_\_\_

wird demnächst beantragt durch: \_\_\_\_\_

### 4. Finanzielle Angelegenheiten

**Die Heimkosten werden aufgebracht durch**

eigenes Einkommen / Vermögen    (Selbstzahler)

Sozialhilfeträger

**Antrag gestellt**     Ja

Nein    Bitte versäumen Sie nicht, bei Heimaufnahme einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt zu stellen

### 5. Behandelnde(r) Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

**Bitte Antrag vollständig ausfüllen!**

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Antragstellers/in  
bzw. seines/r gesetzlichen Vertreters/in