



Aufnahmeantrag

Deutschordenshaus Regensburg-Betriebs-GmbH

Ägidienplatz 6 - 93047 Regensburg
Tel. 0941/59306-0 - Fax: 0941/59306-50
www.deutschordenshaus-regensburg.de
st.aegid@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

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