

# Aufnahmeantrag



Evangelischer  
Diakonieverein  
Sindelfingen e.V.

*Leben in Geborgenheit.*

## Altenpflegeheim Haus am Brunnen, Maichingen

Brunnenstraße 23, 71069 Sindelfingen, Tel. 07031-63304-0

### 1. Angaben zur Person

Name .....  
Vorname .....  
Straße / Nr .....  
PLZ / Ort .....  
Telefon .....  
Geb.Datum .....  
Geb.Name .....  
Geb.Ort .....  
Konfession .....  
Staatsangehörigkeit .....  
Familienstand .....

### 2. Ehepartner/in, Lebenspartner/in

Name .....  
Vorname .....  
Straße / Nr .....  
PLZ / Ort .....  
Telefon: .....  
Privat .....  
Geschäftlich .....  
Mobil .....  
Email-Adr. ....

### 3. Weitere Angehörige / Kontaktpersonen

1. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
Email-Adr. ....

**Telefon:** .....  
Privat .....  
Geschäftlich .....  
Mobil .....

2. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
Email-Adr. ....

**Telefon:** .....  
Privat .....  
Geschäftlich .....  
Mobil .....

3. **Name, Vorname** .....  
Verwandtschaftsgrad .....  
Anschrift .....  
.....  
Email-Adr. ....

**Telefon:** .....  
Privat .....  
Geschäftlich .....  
Mobil .....

Ansprechpartner/in

angemeldete Person selber,  Ehepartner/in, Lebenspartner/in, oder  
unter  1.  2.  3. genannte Person

#### 4. Gesetzliche Betreuung / Vollmachten

Gesetzliche Betreuung oder  Vollmacht

in Bearbeitung

Name, Vorname .....

Telefon:

Verwandtschaftsgrad .....

Privat .....

Anschrift .....

Geschäftlich .....

Mobil .....

#### 5. Kostenträger

5.1. Pflegekasse .....

in .....

Antrag bewilligt für Pflegegrad  1  2  3  4  5

Antrag auf Höherstufung gestellt am

Antrag noch in Bearbeitung

5.2. Sozialhilfe  ja  nein

Datum der Antragstellung ..... Datum der Bewilligung .....

Wenn absehbar ist, dass ihre Ersparnisse nur für wenige Monate ausreichen, nehmen Sie bitte rechtzeitig Kontakt mit dem zuständigen Sozialamt auf. Bitte sprechen Sie uns für weitere Informationen an.

#### 6. Hausarzt

Name, Vorname .....

Telefon: .....

Anschrift .....

#### 7. Weitere Angaben zur Person

Mobilität:

Gehfähig, ggfs. mit Hilfsmitteln

Sitzt überwiegend im Rollstuhl

Bettlägerig

Relevante ärztliche Diagnosen:

Demenzielle Entwicklung

Weitere Diagnosen:

#### 8. Sonstige Bemerkungen

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

Ort, Datum und Unterschrift .....