

## Anmeldung

<table border="1"> <tr> <th colspan="3">Name der Einrichtung</th> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <th colspan="3">Gewünschtes Einzugsdatum</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Tag</td> <td style="width: 33%;">Monat</td> <td style="width: 33%;">Jahr</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragsteller noch für die Einrichtung eine verbindliche Zusage dar.</td> </tr> </table>	Name der Einrichtung						Gewünschtes Einzugsdatum			Tag	Monat	Jahr	Das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragsteller noch für die Einrichtung eine verbindliche Zusage dar.			<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Hier bitte nicht ausfüllen !</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Dieser Abschnitt wird von der Einrichtung bei Einzug ausgefüllt.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Einzugstermin:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Wohnbereich:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Zimmer-Nummer:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;">Bemerkungen:</td> </tr> </table>	Hier bitte nicht ausfüllen !		Dieser Abschnitt wird von der Einrichtung bei Einzug ausgefüllt.		Einzugstermin:		Wohnbereich:		Zimmer-Nummer:		Bemerkungen:	
Name der Einrichtung																												
Gewünschtes Einzugsdatum																												
Tag	Monat	Jahr																										
Das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragsteller noch für die Einrichtung eine verbindliche Zusage dar.																												
Hier bitte nicht ausfüllen !																												
Dieser Abschnitt wird von der Einrichtung bei Einzug ausgefüllt.																												
Einzugstermin:																												
Wohnbereich:																												
Zimmer-Nummer:																												
Bemerkungen:																												

Für eine Einzelperson	
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer
<input type="checkbox"/> beschützende Pflege	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von _____ bis _____	

1.) Persönliche Angaben:	
Name, Vorname:	
Geburtsname:	Geburtsort:
Geburtsdatum:	Konfession:
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Früherer Beruf:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Wohnort:	
Telefon (tags):	
Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____%	
Kostform:	<input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Derzeitiger Aufenthalt:	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

2.) Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner	
Name, Vorname:	
Verwandtschaftsverhältnis:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Wohnort:	
Telefon (tags):	Telefon (abends):
3.) Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner	
Name, Vorname:	
Verwandtschaftsverhältnis:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Wohnort:	
Telefon (tags)	Telefon (abends):
4.) Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter (Vorsorgevollmacht)	
Bitte Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vorsorgevollmacht oder des Antrages auf Betreuungsverfahren beifügen.	
Name, Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Wohnort:	
Telefon (tags):	
5.) Behandelnder Arzt (bisheriger)	
Name, Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Wohnort:	
Telefon (tags):	
6.) Versicherungen	
Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrages auf Pflegeleistungen beifügen	
Pflegekasse:	
Krankenkasse (falls abweichend):	
Versicherungsnummer:	
Bescheid der Pflegekasse liegt vor:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad:
Einstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
	wo? _____
Wird demnächst beantragt durch:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bevollmächtigter für finanzielle Angelegenheiten (falls abweichend von Punkt 2)	
Name, Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Wohnort:	
Telefon (tags):	
Kostenübernahmeregelung	
Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrages auf Kostenübernahme beifügen.	
Selbstzahler: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
andere Kostenträger:	
Vorläufige Kostenübernahme - Bescheid des Trägers liegt vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Datum / Aktenzeichen:	
Wie haben Sie von Aventinum erfahren?	
Empfehlung eines Arztes	Aventinum - Prospekt
Empfehlung eines Krankenhauses	Aventinum - Internetauftritt
Empfehlung eines Sozialdienstes	sonstige_____
Empfehlung einer Krankenkasse	_____

Ich versichere, vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Einrichtung ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir/uns gemachten Angaben zu prüfen.

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass die Aventinum Management GmbH und der Träger der Einrichtung für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnittes des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters

## Zur Information

Bitte denken Sie an folgende Unterlagen
<input type="checkbox"/> Diese Anmeldung (Original)
<input type="checkbox"/> Aktuelle ärztliche Stellungnahme
<input type="checkbox"/> Erklärung über Einkommens- und Vermögensverhältnisse
<input type="checkbox"/> Rentenbescheid oder Girokontoauszug (Kopie mit ersichtlichem Zahlungseingang)
<input type="checkbox"/> Sonstige Belege zu Einkommens- und Vermögenswerten (Kopie)
<input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegeleistung (Pflegestufe) für vollstationäre Pflege (Kopie)
<input type="checkbox"/> Evtl. Schreiben über die bewilligte Pflegestufe für ambulante Pflege oder Schnelleinstufungsbescheid
<input type="checkbox"/> Vollsorgevollmacht / Betreuerbeschluss (falls notwendig)
<input type="checkbox"/> Richterlicher Unterbringungsbeschluss für das Wohnen im beschützten Pflegebereich (bei Weglauftendenz, Selbst- oder Fremdgefährdung)
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme (bitte Kopie oder Abgabebestätigung) bei geringer Rente und geringem Vermögen

Wichtige Adressen
Antrag auf Pflegeleistung (Pflegestufe): bei Kranken- bzw. Pflegekassen
Allgemeine Beratung: Sozialamt bei Landkreis oder Stadt
Antrag auf Kostenübernahme für Pflegeplatz: bei der Kreisverwaltung des letzten Wohnsitzes