



Caritas-Seniorenzentrum St. Leon-Rot  
Rathausstr. 3  
68789 St. Leon - Rot  
Tel. 0 62 27 – 3 58 39 – 0  
Fax 0 62 27 – 3 58 39 – 101

Aufnahmetag am: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_  
Vertragsende am: \_\_\_\_\_ (nur bei Befristung ausfüllen)

## Aufnahme – Antrag

1. Familienname und Vornamen (Rufname unterstreichen):  
\_\_\_\_\_
  2. Geburtsname:  
\_\_\_\_\_
  3. geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_
  4. Geburtsland: \_\_\_\_\_ 5. Religion: \_\_\_\_\_
  6. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ 7. Familienstand: \_\_\_\_\_
  8. Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
  9. Höherstufung ist beantragt  
 nein  
 ja, am: \_\_\_\_\_ (bitte Einstufungsbescheid in Fotokopie beilegen)
  10. Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.- Nummer: \_\_\_\_\_
  11. Beihilfeberechtigt \_\_\_\_\_ Prozent \_\_\_\_\_ Behörde \_\_\_\_\_
  12. Letzter Wohnsitz (Straße, PLZ, Ort) :  
\_\_\_\_\_
  13. Nächste Angehörige (Verwandtschaftsgrad, Vorname, Name, Anschrift, Telefon)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Vertretung der Angehörigen im Falle eines Urlaubs bzw. bei Abwesenheit:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Wer soll bei Krankheit oder Todesfall benachrichtigt werden?

---

15. Hausarzt: \_\_\_\_\_

16. Zahnarzt: \_\_\_\_\_

27. Fachärzte: \_\_\_\_\_

---

18. Covid Impfung:      Ja      Nein      Genesen (Datum) \_\_\_\_\_

Datum der Impfungen: \_\_\_\_\_

Impfunterlagen / Genesenennachweis müssen vor Einzug vorgelegt werden!

19. Patientenverfügung      Ja                      Nein

20. Vorsorgevollmacht      Ja                      Nein

Wenn ja, wer ist bevollmächtigt? \_\_\_\_\_

21. Aufenthalt zurzeit?

zu Hause      im Krankenhaus      in anderem Pflegeheim

22. Wäscheversorgung

privat                      Wäscherei (bitte Infoblatt beachten)

23. Dürfen wir Pflegeartikel besorgen, wenn diese zur Neige gehen oder möchten Sie dies selbst erledigen?

Ich erledige dies          Das Heim darf Pflegeartikel auf meine Kosten besorgen

24. Betreuer/in (Vorname, Name, genaue Anschrift, Telefon und Handy)

---

Betreuungsart: \_\_\_\_\_

25. Wer übernimmt die Zahlungspflicht? \_\_\_\_\_

26. Einkommen: (Renten, Pension)

---

27. Die Versorgung mit Inkontinenzmaterial (nur bei Dauerpflege) erfolgt durch die Firma Hartmann. Wenn die Pauschale der Krankenkasse überschritten wird, möchte ich:

- die über die Pauschale hinaus anfallende Versorgung selbst besorgen
- dass die über die Pauschale hinaus anfallende Versorgung über die kostenpflichtige Wunschversorgung der Firma Hartmann abgewickelt und mir von Firma Hartmann in Rechnung gestellt wird.

*(Sie werden vorher über anfallende Kosten informiert und müssen ihr Einverständnis geben.)*

*Hinweis: Während der Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege muss Inkontinenzmaterial selbst besorgt und gebracht werden.*

28. Mit der Betreuung im und durch das Caritas-Seniorenzentrum St. Leon-Rot erkläre ich mich einverstanden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Aufzunehmenden ggf. des Betreuers)

**Anmerkungen:**

1. Zum Aufnahmeantrag werden zusätzlich nachfolgende Papiere benötigt:  
**Ärztliches Zeugnis**, aus dem sich ergeben muss, dass der/die Aufzunehmende für das Heim geeignet ist; dieses darf nicht älter sein als 6 Wochen vor Aufnahme.  
Kopien der **Rentenbescheide, Impfnachweise, Pensionsbescheide** wenn zur Hand.
2. Jede/r Aufzunehmende hat oben unter Punkt 28 seine schriftliche Einverständniserklärung abzugeben.  
Eine Aufnahme gegen den Willen einer Person ist nicht möglich.