Antrag für Aufnahme in das	**Seniorenstift Hohenwald** (Oberurseler Straße 73, 61476 Kronberg imTaunus)

Nachname		**Vorname**	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich	**Familienstand**	
Geburtsdatum		**Telefonnummer**	
Straße		**PLZ / Stadt**	
Konfession		**Staatsangehörigkeit**	
Krankenkasse		**Krankenversicherten - nummer**	
Beihilfeberechtigung	☐ ja ☐ nein	**Hausarzt** **(vor Aufnahme klären)**	
Pflegegrad	☐ ja ..... ☐ nein ☐ beantragt	**Schwerbehinderten-ausweis**	☐ ja ☐ nein GdB ……. Merkzeichen……..
Patientenverfügung	☐ ja ☐ nein	**Impfstatus**	

Vorsorgevollmacht	☐ ja ☐ nein	**Bevollmächtigte/r Name, Vorname**	
Straße		**PLZ / Stadt**	
Beziehung		**Telefonnummer**	
E-Mailadresse		**Mobilnummer**	

Kontaktperson Nachname		**Kontaktperson Vorname**	
Straße		**PLZ / Stadt**	
Beziehung		**Telefonnummer**	
E-Mailadresse		**Mobilnummer**	

Gesetzlich bestellter Betreuer/in	☐ ja ☐ nein	**Name, Vorname**	
Straße		**PLZ / Stadt**	
Telefonnummer		**Mobilnummer**	
E-Mailadresse		**Nr. Betreuerausweis**	

Bitte beachten Sie, dass uns als Entscheidungsgrundlage **vor einer Aufnahme** in unser Haus neben dem Aufnahmeantrag einige weitere Unterlagen vorliegen müssen. Bitte reichen Sie diese zusammen mit dem ausgefüllten Aufnahmeantrag ein:

- Ärztliches Attest über Diagnose und Therapien sowie Pflegeüberleitungsbogen
- Ärztliche Bescheinigung über das Nichtvorliegen einer Tbc-Erkrankung und sonstiger ansteckender Erkrankungen
- Einstufungsbescheid des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) mit entsprechendem bzw. vorläufigem Pflegegrad
- Falls vorhanden: Kopie des Betreuerausweises oder der Vollmacht
- Falls vorhanden: Kopie des Schwerbehindertenausweises
- Falls vorhanden: Kopie der Bestattungsvorsorge
- Bitte die Anlage zum Aufnahmeantrag berücksichtigen

Die nachfolgende Erklärung kann grundsätzlich nur von der / dem Aufzunehmenden abgegeben werden:

"Ich bin mit der Aufnahme in das Seniorenstift Hohenwald einverstanden. Die Pflegesätze sind mir bekannt und ich verpflichte mich hiermit, als Selbstzahler/in, diese Kosten, abzüglich der Zahlungen der Pflegekasse, selbst zu tragen, auch dann, wenn mein Einkommen die Kosten nicht deckt.
In diesem Falle werde ich am _____ einen Antrag beim zuständigen Träger für Sozialhilfe stellen und Ihnen hierrüber eine Kopie bzw. eine Eingangsbestätigung des Antrages zukommen lassen"

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift)

Sollte der Antrag nicht selbst unterschrieben werden können, bitte nachstehend vom gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten unterzeichnen lassen.

In Vollmacht für die / den Aufzunehmende(n):

_____
(Unterschrift)

Rechtliche Stellung des Bevollmächtigten zur / zum Aufzunehmenden:
(z.B. Ehegatte, Tochter, Sohn)

_____