

# Antrag auf Heimaufnahme

Vielen Dank für Ihr Interesse an einem Pflegeplatz in einer unserer Einrichtungen. Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig aus. Weitere Unterlagen werden erst im Verlauf des Aufnahmeverfahrens benötigt.

## Gewünschte Einrichtung

- ☐ Haus der Geborgenheit - Eggesin  
☐ Haus der Vertrautheit - Ueckermünde  
☐ Haus der Zufriedenheit - Ferdinandshof  
☐ Beratung erwünscht

## Art der Aufnahme

- ☐ Langzeitpflege    ☐ Kurzzeitpflege    ☐ Verhinderungspflege

## 1. Angaben zur aufzunehmenden Person

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Nachname                          |  |
| Vorname                           |  |
| Geburtsname<br>(falls abweichend) |  |
| Geburtsdatum                      |  |
| Geburtsort                        |  |
| Staatsangehörigkeit               |  |
| Familienstand                     |  |
| Konfession (freiwillig)           |  |
| Straße / Hausnummer               |  |
| PLZ / Ort                         |  |
| Telefon                           |  |
| E-Mail (optional)                 |  |

## 2. Derzeitiger Aufenthaltsort

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aktueller Aufenthaltsort                   | <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Reha<br><input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| Name der Einrichtung<br>(falls zutreffend) |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ort                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |

## 3. Kranken- und Pflegeversicherung

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krankenkasse                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pflegekasse<br>(falls abweichend) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Pflegegrad                        | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad<br>Pflegegrad beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Erhöhung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuzahlungsbefreit                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Hausarzt                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

#### 4. Gewünschte Aufnahme

|                            |                                       |                                       |                                          |
|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| Gewünschter Aufnahmetermin |                                       |                                       |                                          |
| Zimmerwunsch               | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer | <input type="checkbox"/> keine Präferenz |

#### 5. Ansprechpartner

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Nachname, Vorname                   |  |
| Beziehung zur aufzunehmenden Person |  |
| Straße / Hausnummer                 |  |
| PLZ / Ort                           |  |
| Telefon                             |  |
| Mobil                               |  |
| E-Mail                              |  |

#### 6. Rechtliche Vertretung

|                             |                             |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Vorsorgevollmacht vorhanden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gesetzliche Betreuung       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nachname, Vorname           |                             |                               |
| Telefon                     |                             |                               |

#### 7. Bemerkungen

|                                          |
|------------------------------------------|
| Hinweise, Wünsche oder Besonderheiten:   |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

#### Erklärung

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Hiermit beantrage ich die Aufnahme der oben genannten Person in eine Pflegeeinrichtung der Volkssolidarität Uecker-Randow e. V.<br>Mir ist bekannt, dass dieser Antrag zunächst der Prüfung einer möglichen Aufnahme dient und noch keinen Anspruch auf einen Pflegeplatz begründet.                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir freiwillig gemachten Angaben zum Zwecke der Bearbeitung meiner Heimplatzanfrage erhoben und verarbeitet werden. Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zur Prüfung und Organisation einer möglichen Heimaufnahme bzw. eines Heimaufenthalts. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. |

|            |                                                                  |
|------------|------------------------------------------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller/in oder vertretungsberechtigte Person |
|------------|------------------------------------------------------------------|