

Aufnahmeantrag

Deutschordenshaus Regensburg-Betriebs-GmbH, Haus Albertinum
Clermont-Ferrand-Allee 40 - 93049 Regensburg
Tel. 0941/28073-0 - Fax: 0941/28073-150
www.deutschordenshaus-regensburg.de
verwaltung@deutschordenshaus.de

**Graue Felder bitte
nicht ausfüllen!**

Einzugstermin:

WB: _____

Zimmer-Nr. _____

1. Persönliche Angaben

Nachname _____ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

früherer Beruf _____ Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt: ☐ Zuhause ☐ Krankenhaus: _____ ☐ Reha

Dringlichkeit: ☐ dringend ☐ nicht dringend

Zimmerkategorie: ☐ Einzelzimmer ☐ Appartement ☐ Doppelzimmer

Raucher: ☐ Nein ☐ Ja

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? ☐ Nein ☐ Ja

Besteht eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane? Vorschrift nach §35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz
☐ liegt nicht vor ☐ liegt vor

Zuzahlung zu Medikamenten: ☐ befreit ☐ nicht befreit

Schwerbehindertenausweis: ☐ Nein ☐ Ja, zu _____ %

Patientenverfügung vorhanden: ☐ Nein ☐ Ja

2. Angehörige / Betreuer/ Bevollmächtigter

Nachname _____ Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ **Vollmacht vorhanden:**
Ja ☐ Nein ☐

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Nachname _____ Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ **Vollmacht vorhanden:**
Ja ☐ Nein ☐

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Bitte wenden 

3. Krankenkasse/ Pflegekasse

Krankenkasse/ Pflegekasse

Versicherungsnummer mit Status

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Bestehen Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge? ☐ Nein ☐ Ja

Es liegt ein Pflegegrad vor: ☐ Nein ☐ Ja

Es ist Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 vorhanden.

Bescheid der Pflegekasse liegt vor: ☐ Nein ☐ Ja

Einstufung beantragt: ☐ Nein ☐ Ja, am _____

Schnelleinstufung beantragt ☐ Nein ☐ Ja

von wem? _____

wird demnächst beantragt durch: _____

4. Finanzielle Angelegenheiten

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

☐ eigenes Einkommen / Vermögen (Selbstzahler)

☐ Sozialhilfeträger

Antrag gestellt ☐ Ja

☐ Nein Bitte versäumen Sie nicht, bei Heimaufnahme einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt zu stellen

5. Behandelnde(r) Arzt/Ärztin

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bitte Antrag vollständig ausfüllen!

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in
bzw. seines/r gesetzlichen Vertreters/in