



Aufnahmeantrag

Deutschordenshaus Regensburg-Betriebs-GmbH

Ägidienplatz 6 - 93047 Regensburg
Tel. 0941/59306-0 - Fax: 0941/59306-50
www.deutschordenshaus-regensburg.de
st.aegid@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 _____

Raucher: Nein Ja

Schwerbehindertenausweis: Nein Ja, zu _____ %

Derzeitiger Aufenthalt: Zuhause Krankenhaus: _____

Reha Sonstiges: _____

Zimmerwunsch: Doppelzimmer Einzelzimmer ohne Balkon

Einzelzimmer mit Balkon Appartement

Dringlichkeit: dringend nicht dringend

2. Angehörige / Betreuer/ Bevollmächtigter

Nachname _____ Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ Telefon _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Nachname _____ Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____ Telefon _____

Bitte wenden  

3. Krankenkasse/ Pflegekasse

Krankenkasse/ Pflegekasse _____

Versicherungsnummer **mit Status** _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Es ist Pflegegrad: 1 2 3 4 5 vorhanden.

Bescheid der Pflegekasse liegt vor: Nein Ja

Einstufung beantragt: Nein Ja, am _____

Schnelleinstufung beantragt Ja Nein

Von wem? _____

Wird demnächst beantragt durch: _____

Es liegt keine Pflegestufe vor: Rüstig

Zuzahlung zu Medikamenten: befreit nicht befreit

4. Finanzielle Angelegenheiten

Rente/Vermögen sind ausreichend um die Heimkosten aus eigenen Mitteln zu bezahlen:

Ja _____ Nein _____

5. Behandelnde(r) Arzt/Ärztin

Nachname _____

Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

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.

Bitte Antrag vollständig ausfüllen!

Ort, Datum _____

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