



Evangelische  
Diakoniewesterschaft  
Herrenberg-Korntal  
Nikolaus-Stift  
Herrenberger Straße 8  
75392 Deckenpfronn  
Telefon: 07032 206 2200  
Telefax: 07032 206 2299  
Email: [m.walter@evdiak.de](mailto:m.walter@evdiak.de)

## AUFNAHMEANTRAG

- dringend       vorsorglich  
 Pflege       Kurzzeitpflege       Betreutes Wohnen       Tagespflege

Familienname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Vornamen (evtl. Titel): \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:       ledig    verheiratet    verwitwet    geschieden    getrennt lebend

Ansprechpartner:

1. Angehöriger: Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Anruf Tag/Nacht, bei besonderen Ereignissen    ja    nein

2. Angehöriger: Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Weitere Kinder: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BITTE WENDEN!

Hausarzt Name: \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Einstufung in einen Pflegegrad:  ja  nein wenn ja, in welchem? \_\_\_\_\_

Einstufung beantragt:  ja  nein wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: Name: \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Art der Versicherung:  Krankenversicherung der Rentner  Privatversicherung.

Wer trägt die Kosten für den Heimaufenthalt?  selbst  Sozialamt: \*

**\*Hinweis: Bei Kostendeckung durch Sozialamt ist der Heimeinzug erst nach schriftlicher Kostenübernahmezusage möglich! Reichen die eigenen Mittel zur Deckung der Heimkosten möglicherweise zukünftig nicht aus, sind Sie verpflichtet, frühestmöglich einen Antrag auf Sozialhilfe bei der zuständigen Stelle (in der Regel Landratsamt des letzten Wohnsitzes) zu stellen.**

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Bezug von Rente oder Ruhegehalt von: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Bezug von Beihilfe:  ja  nein wenn ja, von? \_\_\_\_\_

Bezug von Kriegsbeschädigten- oder Kriegshinterbliebenenrente:  ja  nein  
wenn ja, vom Versorgungsamt in \_\_\_\_\_

Besteht bereits eine Betreuung:  ja  nein

oder Vollmacht:  ja  nein

wenn ja, Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

Der örtliche Pfarrer darf über den Aufenthalt informiert werden  ja  nein

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit zur Datenspeicherung und Weiterverarbeitung meiner persönlichen Daten. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich bin einverstanden per Telefon, per Post oder per Email (nicht gewünschtes streichen) durch die Evangelische Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal kontaktiert zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift