



Evangelische  
Diakonieschwesterenschaft  
Herrenberg-Korntal  
Wiedenhöfer-Stift  
Georg-Friedr.-Händel- Str. 2  
71083 Herrenberg  
Telefon: 07032 206 1100  
Telefax: 07032 206 1190  
Email: c.koehl@evdiak.de

## AUFNAHMEANTRAG

- dringend       vorsorglich  
 Pflege    Kurzzeitpflege    Betreutes Wohnen    Tagespflege    Seniorenwohnheim

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 welchen? \_\_\_\_\_

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-Kornthal kontaktiert zu werden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift