

# AUFNAHMEANTRAG

## Stiftsheim Kassel

Eingangsstempel

Ahrensbergstraße 21/23  
34131 Kassel  
Telefon: 0561-9329-0  
Fax: 0561-9329-110  
Mail: [verwaltung@kassel-gesundbrunnen.org](mailto:verwaltung@kassel-gesundbrunnen.org)

### Allgemeines:

#### Einzug gewünscht in:

- vollstationäre Pflege                       Kurzzeitpflege                       Tagespflege  
 Vorsorgliche Anmeldung                       Dringende Aufnahme

Aufnahme gewünscht ab: \_\_\_\_\_

Gewünschter Termin der Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege: von \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### Persönliche Informationen:

Name \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Ehegatte: \_\_\_\_\_  
*Name und Geb. Datum (auch wenn verstorben)*

Vorname \_\_\_\_\_

Kinder \_\_\_\_\_  
*Zahl, Namen*

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Aktuelle Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Covid-Impfung: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

### Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
*Wir bitten um eine Kopie des Bescheides!*

Kranken- / Pflegekasse (Anschrift und Tel.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hausarzt: (Anschrift und Tel.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beihilfe:  ja  nein

## Die nächsten Angehörigen / der amtlich bestellte Betreuer:

1) \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Angehörige/-r \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adresse (ggf. Urlaubsanschrift)

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

\_\_\_\_\_  
Mobil:

\_\_\_\_\_  
Email:

2) \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Angehörige/-r \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad

Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adresse

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

\_\_\_\_\_  
Mobil:

\_\_\_\_\_  
Email:

Vorsorgevollmacht     Betreuungsverfügung    Patientenverfügung:  ja     nein

Amtliche Betreuung  ja     nein    wenn ja, Name ,Anschrift, Telefon: \_\_\_\_\_

## Aufnahme-Erklärung

Diese Anmeldung ist unverbindlich und stellt keine Garantie auf einen Einzug dar. Ich wurde darüber informiert, dass die vorsorgliche Anmeldung nach Ablauf von 6 Monaten nach Eingang des Antrages, ohne weitere Rückmeldung (z.B. telefonisch, schriftlich) Antrag erlischt und die dringliche Anmeldung nach 4 Wochen ohne weitere Rückmeldung als vorsorglich eingestuft wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**  
**Antragsteller/in**

## Kostenübernahme-Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Aufenthaltskosten bezahle, soweit sie nicht von dem von mir genannten Kostenträger (*siehe Finanzen*) übernommen werden. Ich wurde über den Leistungskatalog und die anfallenden Aufenthaltskosten umfangreich und ausreichend informiert.

*Bitte vollständig ausfüllen!*

\_\_\_\_\_  
Name

: Verhältnis zur Interessentin / zum Interessenten:

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Interessent/in

Angehörige/-r

Amtlich bestellte/-r Betreuer/ in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Die Aufenthaltskosten werden aufgebracht durch:

mich selbst     und/oder das Sozialamt in \_\_\_\_\_

und/oder von \_\_\_\_\_

*Bitte füllen Sie unbedingt die Kostenübernahme-Erklärung aus!*