

6.1 Einzug**F 1 Aufnahmeantrag**
☐ SH AM ZELTNERSCLOSS ☐ SH AM LANGWASSERSEE ☐ SH AM GOLDBACH
ANTRAG AUF AUFNAHME
☐ KURZZEITPFLEGE
☐ DAUERPFLEGE

☐ DZ ☐ EZ

☐ BESCHÜTZENDE PFLEGE
☐ ALLG. PFLEGE

NAME:		VORNAME:	
GEBURTSNAME:		FAMILIENSTAND:	
GEB.	IN:	STAATSANGEHÖRIGKEIT:	
BERUF:		KONFESSION:	
ADRESSE:			
PERSONAL AUSWEIS		☐ ORIGINAL BEI: _____ ☐ KOPIE HINTERLEGT IN: _____	

PFLEGEGRAD: ☐ BEANTRAGT AM: _____ ☐ VORHANDEN SEIT: _____
☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5 ☐ § 39C

KRANKENKASSE:	
ZUZAHLUNGSBEFREIUNG ☐ JA ☐ NEIN	BEIHILFE BERECHTIGUNG ☐ JA ☐ NEIN
HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG HAUSARZT (NAME/TEL./ADRESSE):	☐ EIGENER HAUSARZT KOMMT ☐ HAUSARZT VOM HEIM

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG VERSICHERUNGSNUMMER	
--	--

COVID GEIMPFT	☐ JA ☐ NEIN WIE OFT?
----------------------	--

SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS	☐ JA ☐ NEIN
MERKZEICHEN	☐ G ☐ AG ☐ H ☐ BI ☐ TBI ☐ B

TASCHENGELDKONTO GEWÜNSCHT	☐ JA ☐ NEIN
-----------------------------------	---

FRISEUR VOM HAUS	☐ JA	☐ NEIN	☐ TASCHENGELDKONTO	☐ PRIVAT
KOSMETISCHE FUßPFLEGE VOM HAUS	☐ JA	☐ NEIN	☐ TASCHENGELDKONTO	☐ PRIVAT
PODOLOGISCHE FUßPFLEGE VOM HAUS	☐ JA	☐ NEIN	☐ TASCHENGELDKONTO	☐ PRIVAT

DIE HEIMKOSTEN SIND GESICHERT DURCH (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):

☐ EIGENES EINKOMMEN
 ☐ PFLEGEKASSE
 ☐ SOZIALHILFE

PATCHEN DER WÄSCHE (BEI DAUERPFLEGE PFLICHT) ☐ JA ☐ NEIN

BESTATTUNGSREGELUNG _____
 BESTATTUNGSVORSORGE _____

ANGEHÖRIGE/VERHÄLTNIS ZUM ANTRAGSTELLER:

☐ SOHN/TOCHTER
 ☐ EHEFRAU/EHEMANN
 ☐ NICHT/NEFFE
 ☐ _____
☐ VOLLMACHT
 ☐ PATIENTENVERFÜGUNG
☐ BETREUUNG

NAME U. ADRESSE/E-MAIL DES ANGEHÖRIGEN / BEVOLLMÄCHTIGTEN / BETREUERS

NAME, VORNAME			
ADRESSE:			
TELEFON:		MOBIL:	
E-MAIL:			
DATUM	UNTERSCHRIFT		