



70771 Leinfelden-Echterdingen  
Ortsteil Stetten  
Jahnstrasse 80  
☎: (07 11) 782 392 -100  
Fax: (07 11) 782 392 -124  
Mail: [stetten@haus-agape.de](mailto:stetten@haus-agape.de)  
[www.haus-agape.de](http://www.haus-agape.de)

**Anmeldung zur Kurzzeitpflege/ Dauerpflege**

**Vorinformationen:**

Wie wurden sie auf unser Haus aufmerksam: Flyer \_\_\_ Anzeige \_\_\_ Internet \_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

**Antragsteller**

Name: \_\_\_\_\_ Vornamen: \_\_\_\_\_ Geb.Name: \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Personalausweis-Nr.: \_\_\_\_\_ Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geb.Ort (Kreis und Staat): \_\_\_\_\_

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

Zahl der Kinder, nächste Angehörige, Anschriften und Telefonnummer, Email:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen):**

Selbstzahler: ja  Sozialhilfe: ja

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung: ja  gültig bis: \_\_\_\_\_ nein

Bisheriger Hausarzt mit Anschrift und Telefonnr: \_\_\_\_\_

Bisheriger Zahnarzt mit Anschrift und Telefonnr: \_\_\_\_\_

Grund der Heimaufnahme: \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Impfstatus: \_\_\_\_\_ letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Besteht Betreuung? ja  nein  Betreuer: \_\_\_\_\_

Bestehen Vollmachten? privat  notariell  Umfang: \_\_\_\_\_

Besteht eine Patientenverfügung? ja  nein

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden? (Name und Anschrift):

---

**Bei Aufnahmen sind folgende Papiere abzugeben:**

Ärztlicher Fragebogen bzw. Überleitungsbogen

Impfnachweis in Papierform mit QR Code

Kopie Personalausweis und Krankenkarte

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_