Antrag zur Vormerkung für die Aufnahme in Einrichtungen der Stiftung Heilig-Geist-Spital

SpitalStiftung Ingolstadt
... im Herzen der Stadt!

Der Aufnahmeantrag soll gelten für

☐ **das Anna-Ponschab-Haus, Krumenauerstr. 27**
Tel. 0841/880-5400 Fax 0841/880-5485

☐ **das Heilig-Geist-Spital, Fechtgasse 1**
Tel. 0841/138 065 10 Fax 0841/ 138 065 91

Die Aufnahme soll erfolgen

☐ **im Einzelzimmer**

☐ **im Doppelzimmer**

☐ **baldmöglichst**

☐ **zu einem späteren Zeitpunkt: ……**

Name, Vorname, Geb. Name	
Geburtsdatum, -ort	
Familienstand/Staatsangeh.	
Tag u.Ort d.Eheschließung	
Religion/Pfarrei	
Anschrift, Telefon	
Name, Anschrift des Ehegatten	
Sterbeort u. Sterbetag	
Kinder u. sonstige Angeh. Name, Anschrift, Telefon	…… …… …… ……
Hausarzt	……

Pflegegrade	**keinen** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ (bitte Bescheid vorlegen)
Unterbringung	**offen** ☐ **beschützend** ☐ (bitte Beschluss vorlegen)
Kranken-/Pflegekasse/ Versicherungsnummer	..... Rezeptgeb.befreiung ja….nein…. Vers.Nr……..beihilfeberechtigt: ja …… nein…….. ……oder Umlaufapotheke: ja/nein
Einkommen **(Nachweise d. Renten, Pensionen, usw.)**	Altersrente:……..Witwenrente:……bitte Nachweise vorlegen! eigene Immobilie ja……..nein…… Erspartes ja……nein……..
Finanzierung Heimkosten	☐**durch eigenes Einkommen/Vermögen** ☐**durch Sozialhilfe**
Erhalten Sie bereits Sozialhilfe	**ja** ☐ **zust. Sozialamt** ……..... **nein** ☐
Betreuer **E-Mail Adresse:**	**gerichtlich bestellt** **ja** ☐ **nein** ☐ **Aufgabenbereich** (bitte Betreuerausweis vorlegen) **Name, Anschrift** .....
Personalausw.Nr./Ausstel-lungsbehörde/gültig bis	
Schwerbehindertenausweis Az./GdB/gültig bis	
Patientenverfügung	**ja** ☐ **nein** ☐ (bitte vorlegen)
Vorsorgevollmacht **E-Mail Adresse**	**ja** ☐ **nein** ☐ (bitte vorlegen**)**
Welche Regelung ist im Falle des Ablebens vorgesehen? **Eigengrab/ Bestattungsinst.**	……..…….. ……..……..

Ingolstadt, den …….. Unterschrift Bewerber/Betreuer……