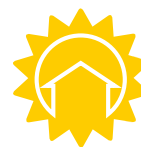


**Antrag zur Aufnahme in der Kurzzeitpflege
Stiftung Heilig-Geist-Spital**



**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

Aufnahme in Kurzzeitpflege von bis

| | |
|--|---|
| Name, Vorname, Geb.name | |
| Geburtsdatum, -ort | |
| Familienstand/Staatsangeh. | |
| Religion/Pfarrei | Pfarrei: |
| Anschrift, Telefon | |
| Kinder u. sonstige Angeh. Name, Anschrift, Telefon, Mobilanschluss | |
| Ansprechpartner für die Dauer der Kurzzeitpflege Name, Anschrift, Telefon | |
| Hausarzt | weitere Fachärzte:..... |
| Pflegegrad | keinen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> (bitte Bescheid vorlegen) |
| Kranken-/Pflegekasse | Rezeptgeb.befreiung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vers.Nr.....beihilfeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Apotheke: | Eigene Apotheke:.....oder Umlaufapotheke: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|---|
| Antrag auf Kostenübernahme durch die Pflegekasse | <input type="checkbox"/> wurde gestellt am (bitte Kostenzusage vorlegen) |
| Wurde im laufenden Jahr bereits Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen? | <input type="checkbox"/> ja, in <input type="checkbox"/> nein |
| Finanzierung der Eigenkosten bei einem Kurzzeit- oder Verhinderungspflege | durch eigenes Einkommen/Vermögen <input type="checkbox"/> durch Sozialhilfe <input type="checkbox"/> (vorläufige Kostenzusage der Behörde bitte vorlegen) |
| Erhalten Sie bereits Sozialhilfe | ja <input type="checkbox"/> zust. Sozialamt nein <input type="checkbox"/> |
| Betreuer Name, Anschrift, Telefon, Fax, Mail-Adresse | gerichtlich bestellt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte Betreuerausweis vorlegen) |
| Vorsorgevollmacht | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte vorlegen) |
| E-Mail Adresse | |
| Patientenverfügung | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte vorlegen) |
| Schwerbehindertenausweis Az./GdB/gültig bis | |
| Impfung gegen COVID-19 | 2 x geimpft ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 x geimpft ja <input type="checkbox"/> Bereitschaft zur Impfung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte Impfpass oder Nachweis vorlegen) |
| Welche Regelung ist im Sterbefall vorgesehen? | Bestattungsvorsorgevertrag: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bestattungsinstitut: Name..... |

Ingolstadt, den Unterschrift Bewerber/Betreuer