

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



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/Staatsangenh.	
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 E-Mail Adresse	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte vorlegen)
Patientenverfügung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte vorlegen)
Schwerbehindertenausweis Az./GdB/gültig bis	
Impfung gegen COVID-19 (freiwillige Angabe)	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