

**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.	
Religion/Pfarrei	
Anschrift, Telefon	
Name, Anschrift des Ehegatten	
Kinder u. sonstige Angeh. Name, Anschrift, Telefon, Handynummer, Mail-Adresse	1)..... 2)..... 3)..... 4).....
Hausarzt Adresse, Telefon, Fax
Pflegegrade	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 Pflegegrad-Bescheid vorlegen)
Unterbringung	offen <input type="checkbox"/> beschützend <input type="checkbox"/> (bitte Beschluss vorlegen)

Kranken-/Pflegekasse/ Versicherungsnummer	<p>.....Vers.Nr.....</p> <p>Rezeptgeb.befreiung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte Kopie vorlegen)</p> <p>beihilfeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>eigene Apotheke: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Name:.....oder</p> <p>Umlaufapotheke der Einrichtung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
Einkommen (Nachweise d. Renten, Pensionen, usw.)	<p>Altersrente:.....Witwenrente:..... (bitte Kopie-Rentenbescheid vorlegen)</p> <p>eigene Immobilie ja.....nein.....</p> <p>Erspartes ja.....nein.....</p>
Finanzierung Heimkosten	<p><input type="checkbox"/> durch eigenes Einkommen/Vermögen <input type="checkbox"/> durch Sozialhilfe</p>
Erhalten Sie bereits Sozialhilfe	<p>ja <input type="checkbox"/> zust. Sozialamt</p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
Betreuer Name, Anschrift, Telefon, Fax, Mail-Adresse	<p>gerichtlich bestellt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte Betreuerausweis vorlegen)</p> <p>.....</p>
Personalausw.Nr./Ausstel- lungsbehörde/gültig Schwerbehindertenausweis Az./GdB/gültig bis	<p>.....</p>
Impfung gegen COVID-19	<p>2 x geimpft ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>1 x geimpft ja <input type="checkbox"/></p> <p>Bereitschaft zur Impfung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte Impfpass oder Nachweis vorlegen)</p>
Patientenverfügung	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (Kopie bitte vorlegen)</p>
Vorsorgevollmacht	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (Kopie bitte vorlegen)</p>
E-Mail Adresse	
Welche Regelung ist im Sterbefall vorgesehen?	<p>Bestattungsvorsorgevertrag: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Bestattungsinstitut: Name.....</p>

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