

Vormerkung

für die Aufnahme in Einrichtungen
der Spitalstiftung Ingolstadt



Heilig-Geist-
Spitalstiftung
Ingolstadt

Aufnahmeantrag für

Heilig-Geist-Spital
Fechtgasse 1
Telefon (08 41) 138 065 10, Fax (08 41) 138 065 91

Anna-Ponschab-Haus
Krumenauerstraße 27
Telefon (08 41) 880-54 00, Fax (08 41) 880-54 85

Zeitpunkt:

baldmöglichst

oder

Wunschtermin:

Unterbringung:

Einzelzimmer

Doppelzimmer
(ausschließlich APH)

offen

beschützend
(Beschluss bitte vorlegen,
ausschließlich APH)

1 Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsname	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Religion, Pfarrei	
Wohnort, Straße		Telefon	

Pflegegrad

keinen

1

2

3

4

5

(Zutreffendes bitte ankreuzen. Pflegegrad-Bescheid bitte vorlegen)

2 Angaben zu Angehörigen

Ehegatte / Name und Anschrift, ggf. E-Mail Adresse	
Kinder oder sonstige Angehörige / Name, Anschrift, Verwandtschaftsverhältnis	Telefon / Mobiltelefon / E-Mail
1	
2	
3	

3 Hausarzt

Name, Anschrift	Telefon
-----------------	---------

4 Krankenkasse / Pflegekasse

Krankenkasse / Pflegekasse	Versicherungsnummer
----------------------------	---------------------

Rezeptgebührenbefreiung ja nein (bitte Kopie vorlegen) Beihilfeberechtigt ja nein

Eigene Apotheke ja nein

oder Umlaufapotheke der Einrichtung ja nein

5 Angaben zu Einkommen (Renten, Pensionen usw.)

monatl. Altersrente (Euro)	monatl. Witwenrente (Euro)
----------------------------	----------------------------

(Kopie der Rentenbescheide bitte vorlegen)

eigene Immobilie ja nein Sparvermögen ja nein

6 Finanzierung der Heimunterbringung

durch eigenes Einkommen / Vermögen durch Sozialhilfe

7 Sozialhilfe

Erhalten Sie bereits Sozialhilfe? nein ja

Wurde ein Betreuer gerichtlich bestellt? nein ja (Bitte Betreuerausweis vorlegen)

Name und Anschrift des Betreuers	Telefon / E-Mail des Betreuers
----------------------------------	--------------------------------

8 Identitätsnachweis / Schwerbehinderung

Personalausweis-Nummer / Ausweis gültig bis	Ausstellende Behörde
---	----------------------

Schwerbehindertenausweis gültig bis	Allgemeinzustand (AZ) / Grad der Behinderung (GdB)
-------------------------------------	--

9 Impfung gegen COVID-19 (Bitte Impfpass oder Impfnachweis beilegen)

nicht geimpft 1 x geimpft, Datum: _____ 3 x geimpft, Datum: _____
 Impfbereitschaft vorhanden 2 x geimpft, Datum: _____ 4 x geimpft, Datum: _____

10 Vorsorgemaßnahmen

Patientenverfügung ja nein (Bitte Kopie beilegen)

Vorsorgevollmacht ja nein (Bitte Kopie beilegen)

11 Regelung im Sterbefall

Bestattungsvorsorgevertrag ja nein

Bestattungsinstitut

Ort, Datum	Unterschrift des Interessenten / Betreuers (m,w,d)
------------	--