

## I. Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name + Telefon-Nr.) \_\_\_\_\_

**gewünschter Einzugszeitpunkt:** \_\_\_\_\_

## II. Angaben zu Angehörigen bzw. Bezugspersonen

Bitte geben Sie hier jeweils **Name, Anschrift, Telefon** sowie den **Verwandschaftsgrad** an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ggf. gesetzlicher Betreuer** \_\_\_\_\_

**Wirkungsbereiche** \_\_\_\_\_

## III. Angaben zur Finanzierung des Heimaufenthalts

### Zuschüsse der Pflegekasse:

Gemäß Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) besteht

- |                           |                                    |                                       |
|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Pflegebedürftigkeit gemäß | <input type="radio"/> Pflegegrad 1 | (Zuschuß Pflegekasse € 125 / Monat)   |
|                           | <input type="radio"/> Pflegegrad 2 | (Zuschuß Pflegekasse € 770 / Monat)   |
|                           | <input type="radio"/> Pflegegrad 3 | (Zuschuß Pflegekasse € 1.262 / Monat) |
|                           | <input type="radio"/> Pflegegrad 4 | (Zuschuß Pflegekasse € 1.775 / Monat) |
|                           | <input type="radio"/> Pflegegrad 5 | (Zuschuß Pflegekasse € 2.005 / Monat) |

**Name der Kranken-/Pflegekasse** \_\_\_\_\_

**Krankenversicherungs-Nummer** \_\_\_\_\_

Falls bisher noch **kein** Anspruch auf Pflegekassenleistungen besteht > **Antrag gestellt am:** \_\_\_\_\_

**Falls Ihre monatlichen Einkünfte / vorhandene Vermögenswerte zur Deckung der Heimkosten nicht ausreichen, benötigen wir Angaben zu Ihrer/n Rente/n:**

Art der Rente	zahlende Stelle	Betrag in €

**Wurde bereits ein Antrag gestellt auf ergänzende Leistungen des SGB XII ("Sozialhilfe")?**

Zuständiges Sozialamt \_\_\_\_\_

Zuständiger Sachbearbeiter \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Der Antrag auf Übernahme der restlichen Heimkosten wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

#### **IV. Angaben zu den Gründen des Aufnahmewunsches**

Warum wird die Aufnahme im (Pflege-)Heimbereich des **Hauses Aja Textor-Goethe** gewünscht ?  
(Stichworte zur persönlichen bzw. medizinisch-pflegerischen Vorgeschichte)

\_\_\_\_\_  
Liegt eine Nikotin-, Medikamenten- oder sonstige Suchtabhängigkeit vor (welche?)

\_\_\_\_\_  
Haben Sie besondere Erwartungen / Wünsche an den künftigen Wohnort **Haus Aja Textor-Goethe** ?

**Hiermit melde ich mich bzw. Frau / Herrn ..... verbindlich an.**

**Frankfurt, den ..... ..**

**Unterschrift**