

Anmeldung zur Aufnahme/Kurzzeitpflege im

Juliuspital Seniorenstift
Klinikstraße 10
97070 Würzburg

Tel: 0931 393-1321

E-Mail: seniorenstift@juliuspital.de

Antragsteller:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geb.-Dat: _____ Geb.-Ort: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Abweichender Aufenthaltsort: _____ Ehem. Beruf: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet seit: _____

Krankenkasse/Pflegekasse: _____ Mitgl.-Nr: _____

Liegt eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst (MDK) vor?

Ja, Pflegegrad _____ ab _____ Nein, Antrag gestellt am _____ von _____

Liegt eine Vorsorge- bzw. Generalvollmacht vor? Ja Nein

Ist eine Betreuung gerichtlich bestellt oder beantragt? Ja Nein Nicht notwendig

Wenn Ja, Amtsgericht: _____ Aktenzeichen: _____

Anschrift des Bevollmächtigten/Betreuers:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____ Tel./Handy: _____

Tel. dienstl./E-Mail: _____

Gewünschte Unterbringung:

- Vollstationärer Pflegeplatz
- Kurzzeitpflegeplatz von _____ bis _____
- Beschützender Pflegebereich (nur mit gültigem gerichtl. Unterbringungsbeschluss)

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

Zuständiger Hausarzt:

Name: _____ Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Tel./Fax: _____

- Der Arzt führt nach der Aufnahme die Behandlung im Juliuspital Seniorenstift weiter
- Ein neuer Hausarzt wird benötigt

Aktuelles ärztliches Zeugnis: liegt bei wird umgehend nachgereicht

Anschrift(en) weiterer Angehöriger:

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Verwandtschaftsverhältnis: _____ Tel./Handy: _____
Tel. dienstl., E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Verwandtschaftsverhältnis: _____ Tel./Handy: _____
Tel. dienstl., E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Verwandtschaftsverhältnis: _____ Tel./Handy: _____
Tel. dienstl., E-Mail: _____

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Verwandtschaftsverhältnis: _____ Tel./Handy: _____
Tel. dienstl., E-Mail: _____

Unterbringungskosten:

Die Unterbringungskosten können aus eigenem Einkommen und Vermögen bestritten werden:

Ja, und zwar durch **(nachfolgende Angaben sind freiwillig):**

Rente/Pension;

Zusatz- und Betriebsrenten;

Bank- und Sparguthaben;

Sonstiges: _____

monatliche Beihilferechnung erwünscht

Nein

Sollten die Unterbringungskosten **nicht** aus eigenem Einkommen oder Vermögen bestritten werden können, so wenden Sie sich zur Beratung und Antragsstellung beim jeweiligen Kostenträger.

Kontaktadresse: Bezirk Unterfranken—Sozialverwaltung, Silcherstraße 5, 97074 Würzburg,

Tel. 0931-7959-0; Sachbearbeiter: _____

Der Sachbearbeiter klärt Sie über das weitere Vorgehen auf.

Ort,

Datum

Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin, ggf. des
Betreuers/der Betreuerin bzw. des/der Bevollmächtigten

Ihre Angaben werden ausschließlich für die Vorbereitung der Heimaufnahme und die spätere Pflege, Betreuung und Versorgung erhoben. Diese Angaben werden **streng vertraulich** nach Vorgaben der DSGVO behandelt!

Information:

Zur Aufnahme werden folgende Unterlagen benötigt:

- **Ärztliches Zeugnis (bitte beifügen oder umgehend nachreichen, da sonst der Aufnahmeantrag nicht weiter bearbeitet werden kann!)**
- Aktuell gültiger Beschluss des Amtsgerichts bei Unterbringung auf dem Beschützten Pflegebereich