



# Seniorenwerk Am Gutspark

## Anfrage zur Anmeldung

- Heimaufnahme     Wohnen mit Service     Kurzzeitpflege/  
Verhinderungspflege

Seniorenpflegeheim Am Gutspark  
Am Gutspark 1 · D-30539 Hannover  
☎ 0511 898805-0 · 📠 0511 898805-29  
✉ gutspark@seniorenwerk.de  
www.seniorenwerk.de

### Unterbringung

Gewünschter Einzugstermin/Aufnahmezeitraum	<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer
Vereinbarter Einzugstermin/Aufnahmezeitraum (intern auszufüllen)	Zimmernummer (intern auszufüllen)	

### Persönliche Daten

Nachname	Geburtsname
Vorname	Konfession
Geburtsdatum	Geburtsort
Familienstand	Staatsangehörigkeit

### Derzeitige Wohnung (Hauptwohnsitz)

Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

### Derzeitiger Aufenthalt

Privat     Krankenhaus     Rehabilitation     Psychiatrie     Pflegeheim

Name des Krankenhauses, etc.

Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ	Wohnort

### Angehörige (nach Priorität)

1	Wie verwandt?	<input type="radio"/> Betreuungsverfügung (bitte vorlegen)
		<input type="radio"/> Patientenverfügung (bitte vorlegen)
		<input type="radio"/> Vorsorgevollmacht (bitte vorlegen)
	Nachname	Vorname
	Straße, Hausnummer	Telefon
	PLZ	Wohnort
2	Wie verwandt?	
	Nachname	Vorname
	Straße, Hausnummer	Telefon
	PLZ	Wohnort

Bitte wenden. ↩

## Betreuer

ja (Betreuerausweis und Urkunde in Kopie vorlegen)

nein

Nachname

Vorname

Wirkungskreis der Betreuung

## Krankenkasse / Pflegekasse

Name der Krankenkasse

Krankenversicherungs-Nummer

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ

Ort

Pflegegrad  kein Pflegegrad  1  2  3  4  5

Pflegegrad seit

Status des Pflegegrades  liegt vor  beantragt

Zuzahlungsbefreiung  ja  nein

## Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?  nein  ja

Zeitraum der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

## Hausarzt

Name des Hausarztes

Adresse

Ärztlicher Fragebogen (nur bei Heimaufnahme)  liegt bei  wird nachgereicht

## Kostenträger

Rechnungsempfänger  Bewohner  Betreuer  Angehöriger  1  2

Selbstzahler (Kostendeckung durch monatliches Einkommen, Barvermögen, Bankguthaben, Mieteinnahmen) und Leistungen der Pflegekasse

Sozialhilfeträger 

Bezeichnung der zahlenden Stelle	Betrag (EUR)
----------------------------------	--------------

Zuzahlungen von (Bitte schriftliche Erklärung beilegen!) 

Nachname	Vorname	Betrag (EUR)
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	

Übernahme der Pflegekosten durch zuständige Pflegekasse (Antrag wurde/wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt. Werden die Kosten nicht von der Pflegekasse getragen, entrichte ich den gesamten Betrag wie im Vertrag berechnet.)

## Sonstige Angaben

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden  
(wenn abweichend)