

Seniorenzentrum „Am Sonnenblick“ gGmbH  
Jahnstr. 11 a  
04703 Leisnig

Tel.: 034321 6530  
Fax: 034321 653630

### *Anmeldung zur Heimaufnahme (vollstationär)*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnung: Straße/Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ zuletzt ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_ eingeschränkte Alltagskompetenz: \_\_\_\_\_  
(Nachweis bitte unbedingt beifügen)

#### **Angehörige:**

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

#### **Betreuung/Bevollmächtigter ja ( ) / nein ( )** (Nachweis bitte unbedingt beifügen)

Tel. des Betreuers: \_\_\_\_\_ Beschluss/Vollmacht vom: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Betreuung notwendig: ja ( ) / nein ( )

Betreuung beantragt: ja ( ) / nein ( )

Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Befreit von der Zuzahlung: ja ( ) / nein ( )

### Monatliches Einkommen

Art des Einkommens: \_\_\_\_\_

Höhe des Einkommens: \_\_\_\_\_

Zahlende Stelle: \_\_\_\_\_

### Kostenträger

Die Heimkosten übernehmen: \_\_\_\_\_

müssen beantragt werden: \_\_\_\_\_

sind beantragt am: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Unterbringung

( ) Einzelzimmer

( ) Doppelzimmer

Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich.  
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen und sind vollständig  
und wahrheitsgemäß beantwortet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter