

Seniorenzentrum gGmbH
„Am Sonnenblick“
Jahnstraße 11a
04703 Leisnig

Anmeldung zur Heimaufnahme

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsname:	<input type="text"/>	Geb.datum:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>

Angaben zur Wohnung

Straße:	<input type="text"/>	Hausnr.:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>

Angaben zur Person

Familienstand:	<input type="text"/>	Konfession:	<input type="text"/>
Staatsbürgerschaft:	<input type="text"/>		
Erlerner Beruf:	<input type="text"/>	Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:	<input type="text"/>
Pflegegrad:	<input type="text"/>	Seit wann:	<input type="text"/>
		Eingeschränkte Alltagskompetenz:	<input type="text"/>

Bitte unbedingt den Nachweis beifügen

Angaben zu den Angehörigen

Verwandschaftsgrad:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort:	<input type="text"/>

Verwandschaftsgrad:

Telefonnr.:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Betreuung Bevollmächtigter: JA NEIN

Bitte unbedingt den Nachweis beifügen

Telefonnr. Des Betreuers:

Beschluss/
Vollmacht vom:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Betreuung notwendig: JA NEIN

Betreuung beantragt: JA NEIN

Angaben zum Hausarzt

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Krankenkasse:

Vers.-Nr.:

Befreit von Zuzahlung: JA NEIN

Angaben zum Einkommen

Art des Einkommens:

Höhe des Einkommens:

Zahlende Stelle:

Angaben zum Kostenträger

Die Heimkosten übernehmen:

müssen beantragt werden:

Sind beantragt am:

Angaben zur Unterbringung

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Gewünschter Aufnahmeterrnin:

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

Ort und Datum:

Unterschrift des Aufzunehmenden:

Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter: