

Pflegeheim Leubnitz
 Spitzwegstr. 57
 01219 Dresden
 Tel.: 0351/5010730
belegung-leubnitz@volkssoli-dresden.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

Einzelzimmer Doppelzimmer

1. Aufzunehmende Person

Familienname, ggf. Geburtsname:	Vorname (Rufname unterstreichen):	Familienstand:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Adresse:		Telefon: E-Mail:
Derzeitiger Aufenthalt:		Konfession:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> keiner Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

2. Ansprechpartner

Name: Beziehung zur aufnehmenden Person:	Adresse:	Handynummer: Festnetznummer: E-Mail:	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:
Name: Beziehung zur aufnehmenden Person:	Adresse:	Handynummer: Festnetznummer: E-Mail:	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:
Name: Beziehung zur aufnehmenden Person:	Adresse:	Handynummer: Festnetznummer: E-Mail:	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:
Name: Beziehung zur aufnehmenden Person:	Adresse:	Handynummer: Festnetznummer: E-Mail:	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:

3. Kostenträger

Kranken-/ Pflegekasse:	Versichertennummer:
Die Heimkosten (Eigenanteil) werden erbracht durch:	
<input type="checkbox"/> Rente <i>derzeit in Höhe von:</i> _____ € <input type="checkbox"/> Witwenrente <i>derzeit in Höhe von:</i> _____ €	
<input type="checkbox"/> sonstige regelmäßige Einkünfte <i>derzeit in Höhe von:</i> _____ €	
<input type="checkbox"/> Zahlungen aus Vermögen z.B. Sparbuch, Bankguthaben etc.	
<input type="checkbox"/> das zuständige Sozialamt in _____ bzw. den überörtlichen Sozialhilfeträger	

4. Behandelnde Ärzte:

Hausarzt:	Adresse:	Telefon:
Facharzt:	Adresse:	Telefon:
Facharzt:	Adresse:	Telefon:

5. Zu welchem Zeitpunkt wird die Heimaufnahme gewünscht?

<input type="checkbox"/> sofort bei Freiwerden eines Zimmers oder Platzes oder <input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung
Aus welchen Gründen wird eine Heimaufnahme gewünscht?
Sonstige Hinweise:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig sind.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Antragsteller: _____

Ich wurde beraten von: _____