

Heimaufnahme

Kurzzeitpflege
übriges Budget:

Übernahme aus anderer Einrichtung

vom:

bis:

Zimmer:

Angaben zum/zur Aufzunehmenden

Name		Vorname		Geburtsname	
Adresse: Straße/Haus-Nr.			Postleitzahl		Wohnort
Geburtsdatum		Geburtsort			Telefon-Nr.
Familienstand		Konfession		Staatsangehörigkeit	
derzeitiger Aufenthalt: Straße/Haus-Nr.			Postleitzahl/Ort		Telefon-Nr.

→ Impfstatus bezüglich SARS COV 2: Ja *Bitte Kopie Impfausweis beilegen!*
 Nein genesen *Bitte Kopie beilegen!*
 wird abgelehnt

Angehörige/r a)

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr..			Postleitzahl/Ort		Angehörigenverhältnis
Email- Adresse:					
Rechnungsempfänger		Ja	Nein		

Angehörige/r b)

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr.			Postleitzahl/Ort		Angehörigenverhältnis
Email- Adresse:					
Rechnungsempfänger		Ja	Nein		

→ **gesetzlicher Betreuer/in** oder **Bevollmächtigte/r**
Bitte Kopie der Vollmacht oder Betreuung beilegen!

Name		Vorname		Telefon-Nr.	
Anschrift: Straße/Haus-Nr.			Postleitzahl		Wohnort

Hausarzt des/der Aufzunehmenden

Name		Telefon-Nr.
Adresse: Straße/Hausnr.	Postleitzahl	Ort

Facharzt des/der Aufzunehmenden

Name		Telefon-Nr.
Adresse: Straße/Hausnr.	Postleitzahl	Ort

weitere Angaben zum/zur Aufzunehmenden

zuständige Krankenkasse	Mitglieds-Nr. der Krankenkasse	zuerkannter Pflegegrad
Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welches Sozialamt ist zuständig?		
Ab wann wird die Heimaufnahme gewünscht?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Besteht eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht?		Datum der Befreiung

Wäscheversorgung

... durch Einrichtung Wäsche- Patches durch Einrichtung bestellt

Apothekenversorgung durch:

Marktapotheke Elsterapotheke Ratsapotheke

Telefon

gewünscht nicht gewünscht

Ort/ Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers

wenn nicht personengleich –
Unterschrift des Aufzunehmenden