

Oberlausitz Pflegeheim &
 Kurzzeitpflege gGmbH
 Belmsdorfer Straße 43 01877 Bischofswerda
 Tel.: (0 35 94) 759-0 * Fax: (0 35 94) 759 111

Eingangsvermerke

Aktenzeichen/Kunden-Nr.
 ID - 719 -
 Version 001/09.2020

Anmeldung zur Heimaufnahme

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten

Fragebogen einsenden!

- SWH Bischofswerda SWH Neukirch
 SWH Großdubrau
 Kurzzeitpflege Bischofswerda Kurzzeitpflege Bautzen

Termin (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)

.....

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.

1. Familienname (ggf. auch den Geburtsnamen angeben)			
2. Vorname(n)			
3. Geburtsdaten (beim Geburtsort, Kreis und ggf. Land/Staat mit angeben)	Datum	in	
4. Wohnanschrift (mit Hauptwohnsitz angemeldet)	Postleitzahl	Wohnort	
	Straße und Hausnummer		
5. Derzeitiger Aufenthalt (z. B. bei Verwandten, in welchem Krankenhaus, Heim oder sonstigen Einrichtung?)	Name der Verwandten / des Krankenhauses, Heimes oder der Einrichtung		
	Postleitzahl	Wohnort	
	Straße und Hausnummer		
	Aufnahmetag:	Aufnahmegrund:	
6. Familienstand			
7. Konfession			
8. Staatsangehörigkeit			
9. Letzte Eheschließung/ Partnerschaftseintrag	am	in	
10. Beruf	erlernter Beruf:		
	zuletzt ausgeübter:		
11. Kinder	Volljährige:	Minderjährige:	Verstorbene:
12. Angehörige (Reihenfolge nach Priorität der Informationspflicht) (Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)			
a) _____ (wie verwandt?)	Familienname, Vorname(n)	Telefon	E-Mail -freiwillig-
	Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer
b) _____ (wie verwandt?)	Familienname, Vorname(n)	Telefon	E-Mail -freiwillig-
	Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer
c) _____ (wie verwandt?)	Familienname, Vorname(n)	Telefon	E-Mail -freiwillig-
	Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer
13. Betreuung oder Vollmacht Bitte eine Kopie der Bestellung bzw. Vollmacht beifügen!	Name	Telefon	
	Adresse		
14. Kranken-/Pflegekasse Bitte eine Kopie des Pflegebescheides beifügen!	Name der Pflegekasse		
	Versicherungsnummer		
	Pflegegrad		
	<input type="checkbox"/> ja welcher? _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt		

15. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

16. Kostenträger (zutreffende Zeile bitte ankreuzen) Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- das oben angeführte monatliche Einkommen.
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute:
- Zahlungen*) von
- das zuständige Sozialamt*) in

*) Die Kostenverpflichtungserklärung: liegt bei folgt in den nächsten Tagen
 muss noch beantragt werden ist beantragt am: _____ (Datum)

**) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

17. Beamtenrechtliche oder vergleichbarer Beihilfeanspruch (Bezeichnung der Beihilfestelle)	<input type="text"/>
---	----------------------

18. Name des Hausarztes?	<input type="text"/>
	Anschrift <input type="text"/> Telefon <input type="text"/>

19. Frühere Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer ähnlichen Einrichtung.

Wo? Wann? Aus welchem Grund dort ausgeschieden?

20. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?

21. Gewünschte Unterbringung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer Doppelzimmer

22. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? Name und genaue Anschrift

in welcher Eigenschaft?

23. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

- Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen wird nachgereicht.

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Wenn nicht Personengleichheit, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden:

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.