

Brandis

Telefon: 03437 / 9378-2000
Telefax: 03437 / 9378-2009
E-Mail: aph-brandis@sd-muldental.de
Internet: www.sd-muldental.de

Wurzen

03437 / 9378-2121
03437 / 9378-2049
aph-wurzen@sd-muldental.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

Haus 1 () **Haus 2** () **Haus 3** ()
APH Bergstraße Brandis APH Kleegasse Wurzen

1. Name:	2. Vorname:			
3. Geburtsname:	4. Geburtsdatum:			
5. Geburtsort:	6. Telefon-Nr.:			
7. Anschrift: Str. / Haus-Nr. :				
(polizeilich gemeldet) PLZ / Wohnort :				
8. Derzeitiger Aufenthalt: Bei wem?:				
Str. / Haus-Nr. :				
PLZ / Wohnort :				
Telefon-Nr. :				
9. Familienstand:	10. Konfession:			
11. Staatsangehörigkeit:				
12. Pflegegrad:	beantragt seit:			
	vorhanden seit:			
PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5

Der Nachweis ist **unbedingt** beizufügen!

13. Vollmacht liegt vor: ja () nein ()

für:

Datum Vollmacht:

14. Betreuung

aufzunehmende Person ist einwilligungsfähig: ja () nein ()

Betreuung notwendig: ja () nein ()

Betreuer: ja () nein () beantragt ()

wenn ja / Beschluß vom:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Tel. / Fax:

E-Mail:

Mobil Nr.:

15. Patientenverfügung liegt vor: ja () nein ()

16. Angehörige

a) Verwandtschaftsgrad:

Tel.:

Name:

Mobil Nr.:

Vorname:

E-Mail:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Entbindung von der Schweigepflicht: ja () nein ()

b) Verwandtschaftsgrad:

Tel.:

Name:

Mobil Nr.:

Vorname:

E-Mail:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Entbindung von der Schweigepflicht: ja () nein ()

c) Verwandtschaftsgrad:

Tel.:

Name:

Mobil Nr.:

Vorname:

E-Mail:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Entbindung von der Schweigepflicht: ja () nein ()

17. Hausarztpraxis:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel. / Fax:

18. Krankenkasse:

19. Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens : 1.

2.

3.

Höhe des Einkommens :

Zahlende Stelle :

20. Gewünschte Unterbringung:

() Einzelzimmer

() Doppelzimmer

21. Gewünschter Aufnahmetermin:

der Antrag wurde vorsorglich gestellt; noch keine Aufnahme gewünscht

der Antrag wurde mit hoher Dringlichkeit gestellt; Aufnahme gewünscht zum _____

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben und den Erhalt bzw. die Kenntnisnahme folgender Anlagen:

→ ärztliches Gutachten (bei hoher Dringlichkeit vom Hausarzt auszufüllen)

→ Informationen zur Datenverarbeitung

→ Preislisten Haus 1 / Haus 2 / Haus 3

→ Vorbereitungshilfen bei Einzug

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden

Unterschrift des Betreuers / Vollmachtnehmers