

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 Aufnahmetag:

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