

Fritz-Heckert-Straße 58  
09557 Flöha

Eingangsvermerk:

angenommen durch:

## Anmeldung zur Heimaufnahme

<b>Zuname, Geburtsname</b>		
<b>Vorname(n)</b> (Rufnahme bitte unterstreichen)		
<b>Wohnsitz</b> (mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)		
Straße Hausnummer		
PLZ – Wohnort		
Telefonnummer		
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>		
bei		
Straße Hausnummer		
PLZ - Ort		
<b>Geburtsdaten</b>		
am		
in	Kreis	Land
<b>Familienstand</b>		<b>Konfession</b>
<b>Angehörige</b>		<b>Angehörige</b>
Name, Vorname		Name, Vorname
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer
PLZ – Wohnort		PLZ – Wohnort
Tel.-Nr. privat		Tel.-Nr. privat
Tel.-Nr. dienstl.		Tel.-Nr. dienstl.
Verwandtschaftsverhältnis		Verwandtschaftsverhältnis

<b>Angehörige</b>		<b>Angehörige</b>	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
PLZ – Wohnort		PLZ – Wohnort	
Tel.-Nr. privat		Tel.-Nr. privat	
Tel.-Nr. dienstl.		Tel.-Nr. dienstl.	
Verwandschaftsverhältnis		Verwandschaftsverhältnis	
<b>Betreuer o. Bevollmächtigter</b>			
Institution		Name, Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ – Ort	
Tel.-Nr. dienstl.		Tel.-Nr. privat	
<b>Krankenkasse</b> (oder sonstige Kostenträger)			
<b>Mitgliedsnummer</b> (der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungsträgers)			
<b>Kostenträger</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Monatliche Einkommen			
<input type="checkbox"/> Zuzahlung der Pflegekassen entsprechend des Pflegegrades ..... in Höhe von....			
<input type="checkbox"/> Zuzahlung von .....			
<b>Termin</b> (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)			
<b>Zimmerart</b> (Bitte Wunsch ankreuzen)			
Einzelzimmer <input type="checkbox"/>		Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
<b>Diätkost notwendig</b> (Welche? Warum?)			

**Wer stellt jetzt den Antrag für den Aufzunehmenden?**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ – Ort

Tel.-Nr. dienstl.

Tel-Nr. privat

in der Eigenschaft als

**Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme jetzt gewünscht?**

.....  
 .....

**Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen zum aktuellen Gesundheitszustand (z.B. beatmungspflichtig, MRSA, Suchterkrankungen) und zu persönlichen Dingen (amtliche Dokumente, gültiger Personalausweis, SBA, Befreiungen usw.)**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir die allgemeinen vorvertraglichen Informationen gemäß § 3 Abs. 2 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) über die Einrichtung erhalten haben und diese mir/uns erläutert wurden. Die Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.**

**Einverständniserklärung**

**Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten zum Zwecke der Vorbereitung einer Heimaufnahme verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und abändern kann.**

Flöha,

\_\_\_\_\_

**Antragsteller / Betreuer / Bevollmächtigter**

**Vermerk Heim**