

Pflegeheim Leubnitz  
 Spitzwegstr. 57  
 01219 Dresden  
 Tel.: 0351/5010730  
[belegung-leubnitz@volkssoli-dresden.de](mailto:belegung-leubnitz@volkssoli-dresden.de)

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Einzelzimmer                       Doppelzimmer

### 1. Aufzunehmende Person

<b>Familienname, ggf. Geburtsname:</b>	<b>Vorname (Rufname unterstreichen):</b>	<b>Familienstand:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort:</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>Adresse:</b>		<b>Telefon:</b> <b>E-Mail:</b>
<b>Derzeitiger Aufenthalt:</b>		<b>Konfession:</b>
<b>Pflegegrad:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> keiner <b>Höherstufung beantragt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### 2. Ansprechpartner

<b>Name:</b>  Beziehung zur aufnehmenden Person:	<b>Adresse:</b>	<b>Handynummer:</b>  Festnetznummer:  <b>E-Mail:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vorsorgevollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:
<b>Name:</b>  Beziehung zur aufnehmenden Person:	<b>Adresse:</b>	<b>Handynummer:</b>  Festnetznummer:  <b>E-Mail:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vorsorgevollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:
<b>Name:</b>  Beziehung zur aufnehmenden Person:	<b>Adresse:</b>	<b>Handynummer:</b>  Festnetznummer:  <b>E-Mail:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vorsorgevollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:
<b>Name:</b>  Beziehung zur aufnehmenden Person:	<b>Adresse:</b>	<b>Handynummer:</b>  Festnetznummer:  <b>E-Mail:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vorsorgevollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:

**3. Kostenträger**

<b>Kranken-/ Pflegekasse:</b>	<b>Versichertennummer:</b>
Die Heimkosten (Eigenanteil) werden erbracht durch:	
<input type="checkbox"/> Rente <i>derzeit in Höhe von:</i> _____ € <input type="checkbox"/> Witwenrente <i>derzeit in Höhe von:</i> _____ €	
<input type="checkbox"/> sonstige regelmäßige Einkünfte <i>derzeit in Höhe von:</i> _____ €	
<input type="checkbox"/> Zahlungen aus Vermögen z.B. Sparbuch, Bankguthaben etc.	
<input type="checkbox"/> das zuständige Sozialamt in _____ bzw. den überörtlichen Sozialhilfeträger	

**4. Behandelnde Ärzte:**

Hausarzt:	Adresse:	Telefon:
Facharzt:	Adresse:	Telefon:
Facharzt:	Adresse:	Telefon:

**5. Zu welchem Zeitpunkt wird die Heimaufnahme gewünscht?**

<input type="checkbox"/> sofort bei Freiwerden eines Zimmers oder Platzes oder <input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung
Aus welchen Gründen wird eine Heimaufnahme gewünscht?
Sonstige Hinweise:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig sind.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_

Ich wurde beraten von: \_\_\_\_\_