

Pflegeheim Gorbitz
 Altgorbitzer Ring 58
 01169 Dresden
 Tel.: 0351 50 10 118
 E-Mail: belegung-gorbitz@volkssoli-dresden .de

Anmeldung zur Heimaufnahme / Kurzzeitpflege

Pflegeheim

Kurzzeitpflege

1. Aufzunehmende Person

Familienname	Vorname (Rufname unterstreichen)	ggf. Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße Hausnummer	PLZ, Ort	Familienstand
Derzeitiger Aufenthalt:		
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> keiner		Antrag zur Begutachtung gestellt am:

2. Ansprechpartner

Name: Beziehung zur Aufnehmenden Person	Anschrift:	Mobiltelefon: Festnetztelefon: E-Mail:	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:
Name: Beziehung zur Aufnehmenden Person	Anschrift:	Mobiltelefon: Festnetztelefon: E-Mail:	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:
Name: Beziehung zur Aufnehmenden Person	Anschrift:	Mobiltelefon: Festnetztelefon: E-Mail:	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung Erteilt am:

Behandelnde Ärzte	Anschrift	Telefon
Hausarzt:		
Facharzt:		
Facharzt:		

3. Kostenträger

Kranken/Pflegekasse	Vers. Nummer
Die Heimkosten (Eigenanteil) werden erbracht durch: Regelmäßige Einkommen (<i>monatl.</i>)	
<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. Aufnahme

Ab welchem Zeitpunkt wird eine Aufnahme gewünscht?
von / ab: _____
Bei Kurzzeitpflege:
<input type="checkbox"/> für 2 Wochen <input type="checkbox"/> für 3 Wochen <input type="checkbox"/> für 4 Wochen <input type="checkbox"/> bis: _____
Aus welchen Gründen wird eine Aufnahme gewünscht?
Sonstige Hinweise

Sofern in den folgenden 6 Monaten nach Antragstellung keine vollstationären Heimaufnahme erfolgen konnte, teilen Sie uns bitte mit, in wie weit diese Anmeldung noch Bestand haben soll.

Ich versichere, dass die o.g. Angaben den Tatsachen entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Ich wurde beraten am:

von: