

Volkssolidarität Kreisverband Sächsische Schweiz - Osterzgebirge e. V.		Anlagen zur Heimaufnahme
Kennzeichen / Fundstelle: 0.0		Erstellt am 27.11.2024
Anmeldung zur Heimaufnahme:		Seite 1 von 2 Revision 00

Anmeldung zur Heimaufnahme (bitte Einrichtung ankreuzen)

- ☐ PH Sebnitz
☐ PH Stolpen
☐ PH Köttewitz
☐ PH Bad Gottleuba

Bitte alle Angaben vollständig und korrekt beantworten. Vielen Dank!

Persönliche Daten:	
Name:	Geburtsname:
Vornamen:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
PLZ u. Wohnort:	Straße u. Hausnummer:
Aufenthalt z.Z. (z.B. Krankenhaus, Heim o.ä.):	
Familienstand:	Konfession:
Staatsangehörigkeit:	

Versicherungsdaten:	
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
Pflegegrad:	Höherstufung beantragt:
Zuzahlungsbefreit:	Patientenverfügung:
Versicherungsstatus: Rentner ☐ / freiwillig Mitglied ☐ / privat versichert ☐	

Erster Ansprechpartner = Vorsorgebevollmächtigte(r) / Angehörige(r)	
Vor- und Zunahme:	Verwandtschaftsverhältnis:
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:
E-Mail-Adresse:	

Bestellter Bevollmächtigter / Betreuer:	
Vor- und Zunahme:	
Gemäß Vorsorgevollmacht: ☐	Betreuerausweis: ☐
Telefon:	Mobil:
E-Mail-Adresse:	

Zweiter Ansprechpartner = Vorsorgebevollmächtigte(r) / Angehörige(r)	
Vor- und Zunahme:	Verwandtschaftsverhältnis:
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:
E-Mail-Adresse:	

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Befristung	Verteiler
HL	QMB		31.12.2025	Verw.

Volkssolidarität Kreisverband Sächsische Schweiz - Osterzgebirge e. V.		Anlagen zur Heimaufnahme
Kennzeichen / Fundstelle: 0.0		Erstellt am 27.11.2024
Anmeldung zur Heimaufnahme:		Seite 2 von 2
		Revision 00

Finanzielle Grundlage:	
<u>Monatliches Einkommen</u>	
Art des Einkommens:	Betrag:
Die Heimkosten werden aufgebracht durch (bitte ankreuzen):	
☐ das oben aufgeführte monatliche Einkommen	
☐ Zuzahlung aus Barvermögen (Bankguthaben)	
☐ das zuständige Sozialamt in	
Sollten die Heimkosten zukünftig nicht mehr durch oben angegebenes Einkommen/Vermögen aufgebracht werden können, erkläre ich mich als Betreuer/Angehörige(r) bereit, jederzeit die erforderlichen Anträge beim zuständigen Sozialamt zu stellen.	
Datum:	Unterschrift.....

Termin Einzug und gewünschte Unterbringung (bitte kreuzen oder eintragen):			
bei Bedarf: ☐	evtl. ab:	sofort / so schnell wie möglich ☐	
Einzelzimmer: ☐	Doppelzimmer: ☐		

Hausarzt:		
Name:		
Anschrift:		
Telefon:	Fax:	E-Mail-Adresse:

Behandelnde Fachärzte (z.B. Zahnarzt, Augenarzt, HNO-Arzt, Urologe, Neurologe ...):		
- Name -	- Ort -	- Telefonnummer -

Falls Sie nicht erreichbar sind, welches Bestattungsunternehmen soll benachrichtigt werden?	
Unternehmen:	
Ort:	Telefonnummer:

Bitte diese **Anmeldung** zusammen mit dem vom Hausarzt ausgefüllten „**Ärztlicher Fragebogen**“ – einschließlich **Diagnosen / Medikamentenplan** – in der Einrichtung abgeben bzw. senden.

Bitte beachten Sie, dass aufgrund der vielen Anträge nur vollständige Anmeldungen berücksichtigt werden können.

Ort:		
Datum:	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Aufzunehmenden

Freigabe	Bearbeiter	Datum	Befristung	Verteiler
HL	QMB		31.12.2025	Verw.