

# An

Oberlausitz Pflegeheim &  
 Kurzzeitpflege gGmbH  
 Belmsdorfer Straße 43 01877 Bischofswerda  
 Tel.: (0 35 94) 759-0 \* Fax: (0 35 94) 759 111

Eingangsvermerke

Aktenzeichen/Kunden-Nr.

## Anmeldung zur Heimaufnahme

**Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!**

- SWH Bischofswerda       SWH Neukirch  
 SWH Großdubrau  
 Kurzzeitpflege Bischofswerda       Kurzzeitpflege Bautzen

<b>Termin</b> (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?) .....
--

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß.

<b>1. Familienname</b> (ggf. auch den Geburtsnamen angeben)			
<b>2. Vorname(n)</b>			
<b>3. Geburtsdaten</b> (beim Geburtsort, Kreis und ggf. Land/Staat mit angeben)	Datum	in	
<b>4. Wohnanschrift</b> (mit Hauptwohnsitz angemeldet)	Postleitzahl	Wohnort	
	Straße und Hausnummer		
<b>5. Derzeitiger Aufenthalt</b>  (z. B. bei Verwandten, in welchem Krankenhaus, Heim oder sonstigen Einrichtung?)	Name der Verwandten / des Krankenhauses, Heimes oder der Einrichtung		
	Postleitzahl	Wohnort	
	Straße und Hausnummer		
	Aufnahmetag:	Aufnahmegrund:	
<b>6. Familienstand</b>			
<b>7. Konfession</b>			
<b>8. Staatsangehörigkeit</b>			
<b>9. Letzte Eheschließung/ Partnerschaftseintrag</b>	am	in	
<b>10. Beruf</b>	erlernter Beruf:		
	zuletzt ausgeübter:		
<b>11. Kinder</b>	Volljährige:	Minderjährige:	Verstorbene:
<b>12. Angehörige (Reihenfolge nach Priorität der Informationspflicht)</b> (Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine <u>sonstige Vertrauensperson</u> angeben!)			
<b>a)</b>  _____ (wie verwandt?)	Familienname, Vorname(n)	Telefon	E-Mail -freiwillig-
	Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer
<b>b)</b>  _____ (wie verwandt?)	Familienname, Vorname(n)	Telefon	E-Mail -freiwillig-
	Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer
<b>c)</b>  _____ (wie verwandt?)	Familienname, Vorname(n)	Telefon	E-Mail -freiwillig-
	Postleitzahl	Wohnort	Straße und Hausnummer
<b>13. Betreuung oder Vollmacht</b>  Bitte eine Kopie der Bestellung bzw. Vollmacht beifügen!	Name	Telefon	
	Adresse		
<b>14. Kranken-/Pflegekasse</b>  Bitte eine Kopie des Pflegebescheides beifügen!	Name der Pflegekasse		
	Versicherungsnummer		
	Pflegegrad		
	<input type="checkbox"/> ja welcher? _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt		

15. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

**16. Kostenträger** (zutreffende Zeile bitte ankreuzen) Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- das oben angeführte monatliche Einkommen.
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: 

Zahlungen\*) von

das zuständige Sozialamt\*) in

\*) Die Kostenverpflichtungserklärung:  liegt bei  folgt in den nächsten Tagen  
 muss noch beantragt werden  ist beantragt am: \_\_\_\_\_ (Datum)

\*\*) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

<b>17. Beamtenrechtliche oder vergleichbarer Beihilfeanspruch</b> (Bezeichnung der Beihilfestelle)	<input type="text"/>
---	----------------------

<b>18. Name des Hausarztes?</b>	<input type="text"/>	
	Anschrift	Telefon

**19. Frühere Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer ähnlichen Einrichtung.**

Wo? Wann? Aus welchem Grund dort ausgeschieden?

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

**21. Gewünschte Unterbringung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer  Doppelzimmer

**22. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?** Name und genaue Anschrift

in welcher Eigenschaft?

**23. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen**

- Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.  Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen wird nachgereicht.

**Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.**



Wenn nicht Personengleichheit, auch  
Unterschrift des Aufzunehmenden:

**Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.**