

# Heimaufnahmeantrag



APH "Zur Heimat"

Eingegangen am: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß**

1.	<b>Name</b> (ggf. Geburtsname)		
2.	<b>Vorname(n)</b> Rufnamen bitte unterstreichen		
3.	<b>Geburtsdaten</b> (beim Geburtsort, Kreis und ggf. auch Land/Staat angeben)	Tag der Geburt	Geburtsort
4.	<b>Wohnung</b> (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	Straße, Hausnummer	
		PLZ, Ort	
5.	<b>Telefonnummer</b>		
6.	<b>Derzeitiger Aufenthaltsort</b> (Krankenhaus, Heim, Kurzzeitpflege oder Angehörige)	Name	
		Anschrift	
		Aufnahmetag	Aufnahmegrund
7.	<b>Bisherige Pflege durch:</b> (Name, Träger)		
8.	<b>Familienstand</b>		
9.	<b>Letzter ausgeübter Beruf</b>		
10.	<b>Konfession</b> (Angabe freiwillig)		
11.	<b>Staatsangehörigkeit</b>		
12.	<b>Angehörige</b> (falls keine Angehörigen vorhanden, bitte Angabe einer sonstigen Vertrauensperson)	Name, Vorname	Verw.-Verhältnis
		Anschrift, Telefon	
		Name, Vorname	Verw.-Verhältnis
		Anschrift, Telefon	
		Name, Vorname	Verw.-Verhältnis
		Anschrift, Telefon	
13.	<b>BetreuerIn</b> (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung	
14.	<b>Krankenkasse/Mitgliedsnummer</b> (oder sonstige Kostenträger für Arzt, Arznei usw.) Zuzahlungsbefreiung		
15.	<b>Versicherungsverhältnis</b> (z. B. Rentner, freiw. Mitgl., Familienhilfe)		
16.	<b>Spezielle Kostform</b> (Diabetiker, vegetarisch, purinarm usw.)		
17.	<b>Gewünschtes Zimmer</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
18.	<b>Pflegegrad</b>		

19.	<b>HausärztIn</b>	Name
		Anschrift, Telefon
20.	<b>Monatliches Gesamteinkommen:</b> (Renten o. ä.)	<b>Euro</b>
21.	<b>Kann der Heimplatz aus eigenem Einkommen finanziert werden?</b> (Sparguthaben oder andere Einnahmen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Diese Anmeldung gilt gleichzeitig für folgende Einrichtungen des Diakonischen Werkes Bautzen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim „Paul Gerhardt“, | Erich-Pfaff-Str. 10, 02625 Bautzen<br>Telefon: 03591-215600        |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim „Haus Immisch“,  | Dr.-S.-Allende-Straße 106, 02625 Bautzen<br>Telefon: 03591-2797100 |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim „Zur Heimat“,    | Bautzener Straße 37, 01877 Bischofswerda<br>Telefon: 03594-7560    |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim Weißenberg,      | Nieskyer Straße 12, 02627 Weißenberg<br>Telefon: 035876-4630       |

**Ich wünsche Kontakt zu folgenden Einrichtungen des Diakonischen Werkes Bautzen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Betreute Wohnanlage,</b>            | Straße der Einheit 7, 02627 Weißenberg   |
| <input type="checkbox"/> <b>Tagespflege,</b>                    | Erich-Pfaff-Straße 10, 02625 Bautzen     |
| <input type="checkbox"/> <b>Betreutes Wohnen "Marthastift",</b> | Karl-Liebknecht-Straße 14, 02625 Bautzen |
| <input type="checkbox"/> <b>Diakonie Demenzhilfe,</b>           | Karl-Liebknecht-Straße 14, 02625 Bautzen |
| <input type="checkbox"/> <b>Ambulanter Hospizdienst,</b>        | Karl-Liebknecht-Straße 16, 02625 Bautzen |

**Weitere Informationen über unser Angebot erhalten Sie unter: [www.diakonie-bautzen.de](http://www.diakonie-bautzen.de)**

**Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Bitte informieren Sie uns bei Veränderungen zur Anmeldung bzw. halbjährlich zur Aktualität ihres Antrages. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.**

PLZ, Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller / Antragstellerin
Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des / der Aufzunehmenden:	

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

Für Vermerke des Heims:
-------------------------