

Heimaufnahmeantrag



APH „Haus Immisch“

Eingegangen am: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß

| | | | |
|------------|---|--|-------------------|
| 1. | Name (ggf. Geburtsname) | | |
| 2. | Vorname(n) Rufnamen bitte unterstreichen | | |
| 3. | Geburtsdaten (beim Geburtsort, Kreis und ggf. auch Land/Staat angeben) | Tag der Geburt | Geburtsort |
| 4. | Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet) | Straße, Hausnummer | |
| | | PLZ, Ort | |
| 5. | Telefonnummer (Handy/ Festnetz) | | |
| 6. | Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus, Heim, Kurzzeitpflege oder Angehörige) | Name | |
| | | Anschrift | |
| | | Aufnahmetag | Aufnahmegrund |
| 7. | Bisherige Pflege durch: (Name, Träger) | | |
| 8. | Familienstand | | |
| 9. | Konfession (Angabe freiwillig) | | |
| 10. | Staatsangehörigkeit | | |
| 11. | Angehörige (falls keine Angehörigen vorhanden, bitte Angabe einer sonstigen Vertrauensperson) | Name, Vorname | Verw.- Verhältnis |
| | | Anschrift, Telefon (Festnetz/ Handy) | |
| | | Name, Vorname | Verw.- Verhältnis |
| | | Anschrift, Telefon (Festnetz/ Handy) | |
| | | Name, Vorname | Verw.- Verhältnis |
| | | Anschrift, Telefon (Festnetz/ Handy) | |
| 12. | BetreuerIn/ Vorsorgebevollmächtigter (Name, Anschrift) | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht vorhanden <input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> sonstige Vollmachten | |

| | | | |
|------------|---|---|---|
| 13. | Krankenkasse/Mitgliedsnummer (oder sonstige Kostenträger für Arzt, Arznei usw.) Zuzahlungsbefreiung | | |
| 14. | Gewünschte Zimmer | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Egal | |
| 15. | Pflegegrad (mind. Pflegegrad 2) | | |
| 16. | Hausarzt/ Hausärztin | Name | |
| | | Anschrift, Telefon | |
| 17. | Kostenträger Selbstzahler <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Antrag auf Sozialhilfe gestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bescheid liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bitte beachten Sie, dass der Eigenanteil des Heimentgeldes aus eigenen finanziellen Mitteln erbracht werden muss. Sollte das nicht möglich sein, beantragen Sie bitte Sozialhilfe nachdem Angehörigen- Entlastungsgesetz.

Informieren Sie sich bitte über die jeweiligen aktuellen Preise der einzelnen Einrichtungen vorab im Internet auf unserer Homepage www.diakonie-bautzen.de oder telefonisch.

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

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

Ich wünsche Kontakt zu folgenden Einrichtungen des Diakonischen Werkes Bautzen:

- Tagespflege** Erich-Pfaff-Straße 10, 02625 Bautzen
- Betreutes Wohnen "Marthastift"** Karl-Liebknecht-Straße 14, 02625 Bautzen
- Diakonie Demenzhilfe** Karl-Liebknecht-Straße 14, 02625 Bautzen
- Ambulanter Hospizdienst** Karl-Liebknecht-Straße 16, 02625 Bautzen

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Bitte informieren Sie uns bei Veränderungen zur Anmeldung bzw. halbjährlich zur Aktualität ihres Antrages. Beachten Sie auch, dass wir aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihren Antrag nach spätestens 2 Jahren vernichten müssen.

| | |
|-----------------|------------------------------|
| PLZ, Ort, Datum | Unterschrift AntragstellerIn |
|-----------------|------------------------------|

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