

Heimaufnahmeantrag



APH „Haus Hanna“

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	Bescheid liegt vor
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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.