

# Heimaufnahmeantrag



APH „Haus Hanna“

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

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

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

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

Bitte beachten Sie, dass der Eigenanteil des Heimentgeltes 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](http://www.diakonie-bautzen.de) oder telefonisch.

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 Telefon:<br>03594-7560    |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim „Haus Hanna“,    | Nieskyer Straße 12, 02627 Weißenberg Telefon:<br>035876-4630       |

Ich wünsche Kontakt zu folgenden Einrichtungen des Diakonischen Werkes Bautzen:

- |                                                         |                                          |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tagespflege                    | Erich-Pfaff-Straße 10, 02625 Bautzen     |
| <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen "Marthastift" | Karl-Liebknecht-Straße 14, 02625 Bautzen |
| <input type="checkbox"/> 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.