

# Heimaufnahmeantrag



APH „Zur Heimat“

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

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

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

<b>13.</b>	<b>Krankenkasse/Mitgliedsnummer</b> (oder sonstige Kostenträger für Arzt, Arznei usw.) Zuzahlungsbefreiung		
<b>14.</b>	<b>Gewünschte Zimmer</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Egal	
<b>15.</b>	<b>Pflegegrad</b> (mind. Pflegegrad 2)		
<b>16.</b>	<b>Hausarzt/ Hausärztin</b>	Name	
		Anschrift, Telefon	
<b>17.</b>	<b>Kostenträger</b> 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](http://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.**