

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Altenpflegeheim „Am Georgengarten“

Georgenallee 41 | 06846 Dessau-Roßlau | Telefon 0340 501-3900 | Fax 0340 501-3901

<b>Persönliche Daten</b>	Name:	Vorname:	
	Geburtsname:	Familienstand:	
	Geburtsdatum:	Geburtsort:	
	Konfession:	Staatsangehörigkeit:	
<b>Hauptwohnsitz</b>	Straße, Hausnummer:		
	PLZ, Ort:	Telefon:	
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>	Bezeichnung:		
	Anschrift:	Telefon:	
<b>Angehöriger 1</b>	Name:	Vorname:	
	Straße:	Hausnummer:	
	PLZ/Ort:		
	Telefon:	Handy:	
	Verwandtschaftsgrad:		
<b>Angehöriger 2</b>	Name:	Vorname:	
	Straße:	Hausnummer:	
	PLZ/Ort:		
	Telefon:	Handy:	
	Verwandtschaftsgrad:		
<b>Versicherung</b>	Krankenkasse:	Versicherten-Nr.:	
	Rezeptgebühren befreit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Pflegebescheid</b>	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> ist beantragt		
	<input type="checkbox"/> für ambulante Pflege		<input type="checkbox"/> für stationäre Pflege
	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Höherstufung beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Betreuung, Vollmacht** Besteht eine gesetzliche Betreuung?  ja  nein  ist beantragt

Liegt eine private/notarielle Vollmacht vor?  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung**  liegt vor  liegt nicht vor

**Hausarzt** Name: \_\_\_\_\_

Übernimmt der Arzt nach Aufnahme im Heim die Behandlung weiter?  ja  nein

**Kostenträger**  Selbstzahler  Sozialhilfe

**Unterbringungs-wunsch**  Einzelzimmer  Doppelzimmer

**Aufnahmetermin** Datum: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**  behandelnder Arzt/Krankenhaus  Bekannte  Internet  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

**Hinweise** Krankheits- oder pflegebedingte Besonderheiten:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Unterschrift** Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen sowie das ärztliche Zeugnis liegen bei.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

**Für Vermerke der Einrichtung** Aufnahme geplant am: \_\_\_\_\_ Übernahme von: \_\_\_\_\_

Wohnbereich: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_