

DRK Altenpflegeheim Marienstraße
 Marienstraße 18
 06667 Weißenfels
 Tel: 03443 / 33 600 – 0
 Fax: 03443 / 33 600 13



Anmeldung zur Heimaufnahme

Eingangsdatum

1. Familienname (ggf. auch den Geburtsnamen angeben)	
2. Vorname(n)	
3. Geburtsdaten	Datum in
4. Wohnanschrift	Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
	Telefon:
5. Familienstand	
6. Konfession	
7. Staatsangehörigkeit	
8. Beruf	erlernter Beruf
	zuletzt ausgeübter
9. Ehepartner	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
	Email:
10. Kinder / Angehörige a) Verwandtschaftsgrad	Name:
	Anschrift:
	Telefon: Email:
b) Verwandtschaftsgrad	Name:
	Anschrift:
	Telefon: Email:
11. Betreuer	Name:
	Anschrift:
	Telefon: Email:
12. Pflegekasse / Mitgliedsnummer	/
- derzeitiger Pflegegrad	
13. Name des Hausarztes	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
14. Corona Schutzimpfung	<input type="checkbox"/> 1 - Fach <input type="checkbox"/> 2 - Fach <input type="checkbox"/> 3 - Fach <input type="checkbox"/> 4 - Fach <input type="checkbox"/> Genesen <input type="checkbox"/> keine Impfung
	Letztes Impfdatum: _____

15. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR

16. Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen). Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- das oben aufgeführte monatliche Einkommen.
 Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: **) _____
 Zahlungen *) von: _____
 das zuständige Sozialamt *) in _____

*) Die Kostenverpflichtungserklärung – liegt bei – folgt in den nächsten Tagen – muss noch beantragt werden
 – ist beantragt am _____

**) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist

17. Gewünschte Unterbringung (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer
 Doppelzimmer

18. Termin (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)	
19. Frühere Unterbringung (Heim, Anstalt oder ähnliche Einrichtung)	
20. Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?	
21. Wer stellt den Antrag auf Heimaufnahme?	Name: Anschrift:
22. In welcher Eigenschaft?	<input type="radio"/> Angehöriger <input type="radio"/> Bevollmächtigter <input type="radio"/> Gesetzl. Betreuer
23. Liegt eine Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
24. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen	

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die obigen Daten der Anmeldung zur Heimaufnahme gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort / Datum

Unterschrift

Unterschrift Bevollmächtigter
