

Alten- und Pflegeheim Dresden-Blick Steffen Fütterer GmbH Saalhausener Straße 73 01159 Dresden Telefon 0351/43159-0 Fax 0351/43159 14	Eingangsvermerk des Heimes
--	----------------------------

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen (AH 1.2) zur Heimaufnahme einsenden)

1. Vor- und Zuname	Geburtsname:				
2. Adresse	Straße/PLZ/Ort				
3. Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheimen bitte mit Adresse)	Straße/PLZ/Ort			Telefon	
4. Geburtsdatum / -ort	Datum		Ort		
5. Familienstand	6. Konfession		7. Staatszugehörigkeit		
8. Angehörige a)	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
	wie verwandt			Telefon	
b)	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
	wie verwandt			Telefon	
c)	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
	wie verwandt			Telefon	
9. Betreuer (nach Betreuungsrecht) Vorsorgebevollmächtigter	Name				
	Straße				
	PLZ/Ort			Telefon	
Wirkungskreis der Betreuung/ Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Heimverträge <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Wohnung				
	AZ.: (nur bei Betreuungen)				
	<input type="checkbox"/> sonstige Regelungen (bitte näher bezeichnen)				
10. Hausarzt	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
				Telefon	
11. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer		Doppelzimmer		Termin der Aufnahme
12. monatliche(s) Rente/ Einkünfte	Altersrente		Witwenrente		sonstige Einkommen
13. Kostenträger	Krankenkasse			Versicherungsnummer:	
	Sozialhilfeträger: <input type="checkbox"/> Gemeinde <input type="checkbox"/> KSV <input type="checkbox"/> sonstige			Kostenübernahme beantragt am:	
	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Seit: Beantragt am:	
	Unterschrift des Antragstellers			Unterschrift des Angehörigen oder Betreuers	
Ort					
Datum					