SENIORENZENTRUM
Am Sonnenblick

Seniorenzentrum gGmbH
„Am Sonnenblick"
Jahnstraße 11a
04703 Leisnig

Anmeldung zur Heimaufnahme ◯ Vollstationär ◯ Kurzzeitpflege

Name: Vorname:

Geburtsname: Geb.datum:

Geburtsort: Telefonnr.:

Mobilfunk:

Angaben zur Wohnung

Straße: Hausnr.:

PLZ: Wohnort:

Angaben zur Person

Familienstand: Konfession:

Staats-
bürgerschaft:

Erlernter Beruf: Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Pflegegrad: Seit wann: Eingeschränkte Alltagskompetenz:

Bitte unbedingt den Nachweis beifügen

Angaben zu den Angehörigen 1

Verwandschafts-grad:

Telefonnr.:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

E-Mail:

Mobilfunk:

Angaben zu den Angehörigen 2 (falls vorhanden)

Verwandschafts-grad:

Telefonnr.:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

E-Mail:

Mobilfunk:

Betreuung Bevollmächtiger: **JA** ◯ **NEIN** ◯ *Bitte unbedingt den Nachweis beifügen*

Telefnnr. des Betreuers:

Beschluss/ Vollmacht vom:

E-Mail:

Vorname:

Name:

PLZ/Wohnort:

Straße:

Betreuung notwendig: JA ◯ NEIN ◯

Betreuung beantragt: JA ◯ NEIN ◯

Angaben zum Hausarzt

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Krankenkasse:

Vers.-Nr.:

Befreit von Zuzahlung: JA ◯ NEIN ◯

Angaben zum Einkommen

Art des Einkommens:

Höhe des Einkommens:

Zahlende Stelle:

Angaben zum Kostenträger

Die Heimkosten übernehmen:

müssen beantragt werden:

Sind beantragt am:

Angaben zur Unterbringung

Einzelzimmer ○

Doppelzimmer ○

Gewünschter Aufnahmetermin:

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich.
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen und sind vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort und Datum:

Unterschrift des Aufzunehmenden:

Unterschrift Betreuuer / Bevollmächtigter: