

Soziale Dienste Pesterwitz Pflege GmbH
Schöne Aussicht 1
01705 Freital

Antrag eingegangen am: _____

Anmeldung zur Heimaufnahme

Angaben zur Person (in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ Geburtsname: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße/Nr.: _____ Geburtsort: _____
PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

- zu Hause
- vollstationäre Pflegeeinrichtung (Name) _____
- Kurzzeitpflege (Name) _____
- Rehaeinrichtung (Name) _____
- Krankenhaus (Name) _____

Familienstand: verheiratet ledig verwitwet geschieden

Staatsangehörigkeit: Deutsch _____

Konfession: Kath. Evang. sonstige: _____ keine

Pflegegrad Ja Nein

1 2 3 4 5

Pflegerische Besonderheiten:

- zuletzt häufig gestürzt Ernährung (Diät, Allergie, Mangelernährung)
- Demenz _____
- _____
- _____

Angehörige bzw. Vertrauensperson:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Gibt es eine Vorsorgevollmacht?

Ja, vom: _____ Nein

Angaben zum Bevollmächtigten:

Name: _____ PLZ/Ort: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße/Nr.: _____ E-Mail: _____

Wirkungskreis der Vorsorgevollmacht:

- Aufenthaltsbestimmungsrecht Vermögenssorge
 Gesundheitssorge heim- und pflegerechtliche Angelegenheiten
 Sonstiges: _____

Zuständige Kranken- und Pflegekasse:

Name der Krankenkasse/Pflegekasse: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ PLZ/Ort: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße/Nr.: _____ Fax: _____

Grund der Heimaufnahme:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers / seines Bevollmächtigten