

Heimaufnahmeantrag

**Nur zusammen mit dem vom Arzt
ausgefüllten Fragebogen einsenden!**

pro civitate
Pflege und Betreuung gGmbH
Seniorenzentrum Elsterwerda
Straße des 3. Oktober 11-13
04910 Elsterwerda

Fon: 0 35 33.60 20
Fax: 0 35 33.6 02 81
hl.elsterwerda@procivitate.de
www.procivitate.de/elsterwerda

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen
vollständig und wahrheitsgemäß aus.
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Interne Vermerke

Eingang:

Erstbesuch:

Debitoren-Nr.:

Familienname

ggf. Geburtsnamen angeben

Vorname(n)

Rufname bitte unterstreichen

Geburtsdaten

Beim Geburtsort, Kreis und ggf.
auch Land/Staat mit angeben

Datum

in

Wohnanschrift

mit Hauptwohnsitz angemeldet

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Bei wem?

Derzeitiger Aufenthalt

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Bei wem?

Zur Zeit in welcher Einrichtung?

Krankenhaus, Heim, Reha

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Aufnahmetag

Aufnahmegrund

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Letzte Eheschließung/ Partnerschaftseintrag	am			in
Beruf	erlernter Beruf			
	zuletzt ausgeübter Beruf			
Beruf des Ehegatten/ Lebenspartners				
Kinder	Volljährige	Minderjährige	Verstorbene	
Angehörige Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben	1. Familienname, Vorname(n)			
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)		Telefon/E-Mail	
Verwandschaftsgrad				
Verwandschaftsgrad	2. Familienname, Vorname(n)		Telefon/E-Mail	
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)			
Verwandschaftsgrad	3. Familienname, Vorname(n)		Telefon/E-Mail	
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)			
Betreuer/ Vollmachtsnehmer	Familienname, Vorname(n)			
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)		Telefon/E-Mail	
Krankenkasse/ Pflegekasse	Name		Mitglieds-Nr.	
			Pflegegrad	
Name des Hausarztes	Name		Telefon/E-Mail	
	Adresse (Straße/PLZ/Ort)			

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens

Zahlende Stelle

Betrag in Euro

Kostenträger (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Heimkosten werden erbracht durch:

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

* Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist.

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

Gewünschte Unterbringung

- Einzelzimmer Doppelzimmer

Termin

Für wann wird die Aufnahme gewünscht?

Antragsteller

Familienname, Vorname(n) Telefon/E-Mail

Adresse (Straße/PLZ/Ort)

In welcher Eigenschaft?

***Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.***

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit, auch
die Unterschrift des Aufzunehmenden.