



Brandis

Telefon: 03437 / 9378-2000
Telefax: 03437 / 9378-2009
E-Mail: aph-brandis@sd-muldental.de
Internet: www.sana.de/landkreis-leipzig

Wurzen

03437 / 9378-2110
03437 / 9378-2049
aph-wurzen@sd-muldental.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

Haus 1 () **Haus 2** () **Haus 3** ()
APH Bergstraße Brandis APH Kleegasse Wurzen

1. Name:	2. Vorname:
3. Geburtsname:	4. Geburtsdatum:
5. Geburtsort:	6. Telefon-Nr.:
7. Anschrift: Str. / Haus-Nr. :	
(polizeilich gemeldet) PLZ / Wohnort :	
8. Derzeitiger Aufenthalt: Bei wem?:	
Str. / Haus-Nr. :	
PLZ / Wohnort :	
Telefon-Nr. :	
9. Familienstand:	10. Konfession:
11. Staatsangehörigkeit:	
12. Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> beantragt seit:
	<input type="checkbox"/> vorhanden seit:
<input type="checkbox"/> PG 1	<input type="checkbox"/> PG 2
<input type="checkbox"/> PG 3	<input type="checkbox"/> PG 4
<input type="checkbox"/> PG 5	

Der Nachweis ist **unbedingt** beizufügen!



13. Vollmacht liegt vor: ja () nein ()

für:

Datum Vollmacht:

14. Betreuung

aufzunehmende Person ist einwilligungsfähig: ja () nein ()

Betreuung notwendig: ja () nein ()

Betreuer: ja () nein () beantragt ()

wenn ja / Beschluß vom:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Tel. / Fax:

E-Mail:

Mobil Nr.:

15. Patientenverfügung liegt vor: ja () nein ()

16. Angehörige

a) Verwandtschaftsgrad: Tel.:

Name:

Mobil Nr.:

Vorname:

E-Mail:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Entbindung von der Schweigepflicht: ja () nein ()

b) Verwandtschaftsgrad: Tel.:

Name:

Mobil Nr.:

Vorname:

E-Mail:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Entbindung von der Schweigepflicht: ja () nein ()

c) Verwandtschaftsgrad: Tel.:

Name:

Mobil Nr.:

Vorname:

E-Mail:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Entbindung von der Schweigepflicht: ja () nein ()



17. Hausarztpraxis:

Name:	Vorname:
_____ Straße:	_____ PLZ/Ort:
_____ Tel. / Fax:	

18. Krankenkasse:

19. Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens	: 1.	2.	3.
Höhe des Einkommens	: _____		
Zahlende Stelle	: _____		

20. Gewünschte Unterbringung:

() Einzelzimmer () Doppelzimmer

21. Gewünschter Aufnahmetermin:

- der Antrag wurde vorsorglich gestellt; noch keine Aufnahme gewünscht
 der Antrag wurde mit hoher Dringlichkeit gestellt; Aufnahme gewünscht zum _____

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit aller Angaben und den Erhalt folgender Anlagen:

- ärztliches Gutachten (bei hoher Dringlichkeit vom Hausarzt auszufüllen)
- Informationen zur Datenverarbeitung
- Biografiebogen
- Preislisten Haus 1 / Haus 2 / Haus 3
- Vorbereitungshilfen bei Einzug

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden

Unterschrift des Betreuers / Vollmachtnehmers