

Anmeldung zur Heimaufnahme

Die vollständige Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung des Antrags erforderlich!

Interne Bearbeitungsvermerke:

Antrag erhalten am: _____

Telefonische Antragstellung am: _____

Unterschrift Sachbearbeiter

1. Angaben zur aufzunehmenden Person

Vorname(n), Zuname (Rufname bitte unterstreichen)		ggf. Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		
Telefon	Geburtsdatum	Geburtsort (-kreis, -land)
Konfession	Familienstand	Staatsangehörigkeit

2. Derzeitiger Aufenthalt

<input type="checkbox"/> Wohnung, siehe 1.
<input type="checkbox"/>
Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort



3. Angehörige/ Vertrauenspersonen

a)	Vor-, Zuname		Verwandtschaftsgrad	
	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
	Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail
b)	Vor-, Zuname		Verwandtschaftsgrad	
	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
	Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail


4. Betreuer/ Vollmachtinhaber/ Patientenverfügung

Betreuung/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ist/wird angeregt am: _____ <input type="checkbox"/> Notwendigkeit unklar <input type="checkbox"/> besteht (Bitte KOPIE ☞ Vorsorgevollmacht, Beschluss, etc. beifügen)		ⓘ <u>Betreuungsgericht</u> <u>Besucheradresse</u> <u>Postanschrift</u> Amtsgericht Freiberg Amtsgericht Freiberg Chemnitzer Str. 40 Postfach 13 51 09599 Freiberg 09583 Freiberg Tel.: 03731/35890	
Patientenverfügung <input type="checkbox"/> vorhanden (Bitte KOPIE ☞ beifügen) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden		ⓘ <u>Betreuungsbehörde</u> Landratsamt Mittelsachsen Betreuungsbehörde Frauensteiner Str. 43, 09599 Freiberg Tel.: 03731/799 0	
<input type="checkbox"/> siehe 3. a)			
<input type="checkbox"/> siehe 3. b)	Vor-, Zuname		
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail

5. Ärzte/ Apotheke	
Name Hausarzt	Anschrift Hausarzt
Name Facharzt	Anschrift Facharzt
<p>ⓘ Die Einrichtung hat mit einer Apotheke eine Kooperation gemäß § 12a ApoG zur Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten, ggf. Körperpflegemitteln, zzgl. zum Einlesen der Chipkarte sowie zur Einholung von Rezepten.</p>	

6. Finanzierung	
Name der Pflegekasse/Krankenkasse	Mitgliedsnummer
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ von _____	
Vorhandener Pflegegrad (Bitte KOPIE  Pflegegradbescheid beifügen)	
<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
Zuzahlungsbefreiung (ggf. bitte KOPIE  beifügen)	
<p>ⓘ Mit dem Eintritt bei der Seniorenheime Freiberg gGmbH erfolgt eine Meldung über die Aufnahme an die zuständige Pflegekasse. Dies entbindet jedoch nicht von der persönlichen Antragstellung durch die pflegebedürftige Person bzw. deren gesetzliche Vertretung.</p>	

Der Eigenanteil der monatlichen Heimkosten wird gedeckt durch:			
<input type="checkbox"/> aktuelle monatliche Einkommen:			
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Witwenrente <input type="checkbox"/> weitere Renten/ Pensionen <input type="checkbox"/> Zahlungen von unterhaltspflichtigen Personen <input type="checkbox"/> Barvermögen (Sparbuch, weitere Bankguthaben) <input type="checkbox"/> Blindenbeihilfe <input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Sonstiges (Kapitalerträge, Zins-/Mieteinnahmen, private Zusatzpflegeversicherung,...)			
Die Summe der regelmäßigen monatlichen Einkommen beträgt _____ Euro.			
Aktuelle Nachweise bitte als KOPIE  beifügen (Rentenbescheide, Kontoauszug, etc.).			
Rechnungsempfänger ist:			
<input type="checkbox"/> siehe 1.			
<input type="checkbox"/> siehe 3. a)	Vor-, Zuname		
<input type="checkbox"/> siehe 3. b)	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail

Ärztlicher Fragebogen: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> per Fax durch den Sozialdienst angefordert
Anamnesebogen: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
ⓘ Bitte bringen Sie den Personalausweis bei Heimaufnahme zur Hinterlegung einer KOPIE  in der Bewohnerakte mit – gleichermaßen auch nach Ummeldung des Wohnsitzes.
ⓘ Bitte bringen Sie die Krankenversicherungs-Chipkarte bei Heimaufnahme zur Hinterlegung im Wohnbereich mit.
ⓘ Mit Heimaufnahme sind An- bzw. Ummeldungen (i.d.R. durch Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten) nötig: <ul style="list-style-type: none"> - Personalausweis, lt. Meldeordnung innerhalb 2 Wochen nach Einzug (Bürgeramt Freiberg) - Chipkarte bei zuständiger Krankenkasse - Rentenbezugsstelle - Post, ggf. Nachsendeauftrag stellen - Zeitungen/ Zeitschriften - Beitragsservice (ehemals GEZ) - usw.

Weitere Bemerkungen:

Sollten Sie keine Möglichkeit haben, die geforderten Nachweise zu kopieren, können Sie auch gerne die Originale mitbringen und wir fertigen Kopien an.

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben sind vollständig und entsprechen den Tatsachen. Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet.



Seniorenheime Freiberg gGmbH
Chemnitzer Straße 64
09599 Freiberg
Telefon: 03731 794-794
Fax: 03731 794-619
sozialdienst@seniorenheime-freiberg.de
www.seniorenheime-freiberg.de

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ Bevollmächtigte/ Betreuer

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden