

**ANMELDUNG  
ZUR HEIMAUFNAHME IM  
SENIORENHEIM DER PKP SENIORENBETREUUNG WÜSTENBRAND GMBH**



Jahnweg 5, 09337 HOHENSTEIN-ER. OT WÜSTENBRAND, [Heimleitung@pkp-wuestenbrand.de](mailto:Heimleitung@pkp-wuestenbrand.de)  
Telefon: 03723/ 66500 Fax: 03723/6650650

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_

Geb.-Name \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

**GEGENWÄRTIGER AUFENTHALT**

Name des Krankenhauses/des Heimes \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Aufnahmetag \_\_\_\_\_ Aufnahmegrund \_\_\_\_\_

**KINDER**

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

**ANSPRECHPARTNER(IN)**

1. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Verwandte(r)/Bekannte(r) \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Verwandte(r)/Bekannte(r) \_\_\_\_\_

**GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)**

Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Verein \_\_\_\_\_

Wirkungskreis(e) \_\_\_\_\_

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt

Ja  Nein

Betreuung ist angeregt bzw. beantragt

Ja  Nein

**INHABER(IN) VON VOLLMACHT(EN)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Wirkungskreis(e) \_\_\_\_\_

**HAUSARZT/HAUSÄRZTIN**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**KRANKENKASSE** \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Einstufung der Pflegekasse/Krankenkasse in Stufe \_\_\_\_ / wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

Bestätigung der Notwendigkeit stationärer Pflege

liegt vor  ist beantragt

**KOSTENREGELUNG BEI HEIMAUFNAHME**

Heimplatzfinanzierung durch:

monatliches Einkommen

Leistungen vom Versorgungsamt

Blindengeld

Vermögen (Bar-/Sparvermögen, Guthaben, Eigentum usw.)

Unterhaltszahlungen

Leistungen der Pflegekasse/Krankenkasse ( \_\_\_\_\_ €)

Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_ beantragt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Heimplatzinteressent(in) oder Bevollmächtigte(n)