

**ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME IM
SENIORENZENTRUM DER PKP SENIORENBETREUUNG HOH.-ER.GMBH
SÜDSTR.13, 09337 Hohenstein-Er., info@pkp-hohenstein.de
Telefon: 03723/ 494-0 Fax: 03723/494-108**



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.

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Ort, Datum
Bevollmächtigte(n)

Unterschrift Heimplatzinteressent(in) oder