

<b>Alten- und Pflegeheim</b> <b>Dresden-Blick Steffen Fütterer GmbH</b> <b>Saalhausener Straße 73</b> <b>01159 Dresden</b> <b>Telefon 0351/43159-0 Fax 0351/43159 14</b>	Eingangsvermerk des Heimes
--	----------------------------

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen (AH 1.2) zur Heimaufnahme einsenden)

<b>1. Vor- und Zuname</b>	<b>Geburtsname:</b>				
<b>2. Adresse</b>	Straße/PLZ/Ort				
<b>3. Derzeitiger Aufenthalt</b> (bei Krankenhaus oder Altenheimen bitte mit Adresse)	Straße/PLZ/Ort				
	Telefon				
<b>4. Geburtsdatum / -ort</b>	Datum			Ort	
<b>5. Familienstand</b>	<b>6. Konfession</b>		<b>7. Staatszugehörigkeit</b>		
<b>8. Angehörige</b> a)	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
	wie verwandt		Telefon/ E-Mail- Adresse		
b)	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
	wie verwandt		Telefon/ E-Mail- Adresse		
c)	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
	wie verwandt		Telefon/ E-Mail- Adresse		
<b>9. Betreuer (nach Betreuungsrecht) Vorsorgebevollmächtigter</b>	Name				
	Straße PLZ/Ort				
	Handy		Telefon/ E-Mail- Adresse		
<b>Wirkungskreis der Betreuung/ Vorsorgevollmacht</b>	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Heimverträge <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Wohnung				
	AZ.: ( nur bei Betreuungen)				
	<input type="checkbox"/> sonstige Regelungen (bitte näher bezeichnen)				
<b>10. Hausarzt</b>	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
	Telefon				
<b>11. Gewünschte Unterbringung</b>	Einzelzimmer		Doppelzimmer		Termin der Aufnahme
<b>12. monatliche(s) Rente/ Einkünfte</b>	Altersrente		Witwenrente		sonstige Einkommen
<b>13. Kostenträger</b>	Krankenkasse			Versicherungsnummer:	
	Sozialhilfeträger: <input type="checkbox"/> Gemeinde <input type="checkbox"/> KSV <input type="checkbox"/> sonstige			Kostenübernahme beantragt am:	
	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Seit:                      Beantragt am:	
	<b>Unterschrift des Antragstellers</b>				<b>Unterschrift des Angehörigen oder Betreuers</b>
<b>Ort</b>					
<b>Datum</b>					