

# Anmeldungsformular Seniorenheime

für:

- Seniorenheim „Schloss Löbichau“  
 Seniorenheim „Am Brauereiteich“  
 Seniorenheim „Am Brückenplatz“

Eingang des Antrages am:  
 Aufnahme vorgesehen am:  
 derzeitiger Pflegegrad:  
 vollstat. Pflege bei KK beantragt am:  
 Kombileistung (TP) beantragt am:

(Bescheid in Kopie)



ACHTUNG: Dieser Bogen muss zeitnah, spätestens aber 1 Tag vor der geplanten Aufnahme, an die Heimverwaltung weitergeleitet werden! Bitte auf Vollständigkeit achten! Sind noch nicht alle Informationen bekannt, werden diese nachgereicht zum .....

<b>1. Familienname</b>	Geb.-name:		
<b>2. Vorname(n)</b> Rufnamen bitte unterstreichen			
<b>3. Letzte Wohnung</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	PLZ	Ort	
	Straße und Haus-Nr.		
<b>4. Derzeitiger Aufenthalt</b>	PLZ	Ort	
	Straße und Haus-Nr.		
	bei wem? bei:		
<b>5. zur Zeit in welchem Krankenhaus, Heim oder in welcher Einrichtung?</b>	Name des Krankenhauses, des Heimes oder der Einrichtung		
	Anschrift des Krankenhauses, des Heimes oder der Einrichtung		
	Aufnahmetag:	Aufnahmegrund:	
<b>6. Geburtsdaten</b> (Geburtsort, Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)	am:	in:	
<b>7. Familienstand/seit:</b>	falls verwitwet, Sterbedatum des Partners		Name des verstorbenen Partners
<b>8. Konfession</b>	<b>9. Staatsangehörigkeit</b>		
<b>10. Beruf</b>	erlernter Beruf:		
	zuletzt ausgeübt:		
<b>11. Kinder</b> (Bei mehreren Ehen getrennte Angaben)	<input type="checkbox"/> Volljährig	<input type="checkbox"/> Minderjährig	<input type="checkbox"/> Verstorben
	<input type="checkbox"/> Volljährig	<input type="checkbox"/> Minderjährig	<input type="checkbox"/> Verstorben
	<input type="checkbox"/> Volljährig	<input type="checkbox"/> Minderjährig	<input type="checkbox"/> Verstorben
<b>12. Angehörige</b>	<i>Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!</i>		
Wie verwandt? <b>a)</b>	Vor- und Zuname		Tel. privat
Email:	Tel. dienstl.		Handy
	PLZ	Ort	Straße, Hausnummer
Wie verwandt? <b>b)</b>	Vor- und Zuname		Tel. privat
Email:	Tel. dienstl.		Handy
	PLZ	Ort	Straße, Hausnummer
Wie verwandt? <b>c)</b>	Vor- und Zuname		Tel. privat
Email:	Tel. dienstl.		Handy
	PLZ	Ort	Straße, Hausnummer
<b>13. gerichtlicher Betreuer</b> Kopie Betreuerausweis beifügen!	Vor- und Zuname		Tel. dienstl.
<input type="checkbox"/> Angehöriger ist zum Betreuer bestellt:			Handy
Email:	PLZ	Ort	Straße, Hausnummer
<b>14. Krankenkasse</b>	genauer Name		Versicherungsnummer des Versicherten
<b>15. Pflegekasse</b>	genauer Name		
<b>16. Hausarzt</b>	Name, Anschrift		Telefon

<b>17. Fachärzte</b>	Fachgebiet	Name, Anschrift	Telefon
	Fachgebiet	Name, Anschrift	Telefon
	Fachgebiet	Name, Anschrift	Telefon
	Fachgebiet	Name, Anschrift	Telefon
<b>18. Zuzahlungsbefreiung</b> bitte in Kopie mitgeben!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis zum		
<b>19. Vollmachten/Dokumente</b> bitte in Kopie mitgeben!	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung		

20. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR

**21. Kostenträger** (Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen). Die Heimkosten werden aufgebracht durch

das oben angeführte monatliche Einkommen.

das zuständige Sozialamt \*) in

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: \*\*)

\*) Zutreffendes unterstreichen: Die Kostenverpflichtungserklärung liegt bei / folgt in den nächsten Tagen / muss noch beantragt werden / ist beantragt am

\*\*\*) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

22. Gewünschte Unterbringung (Zutreffende Zeile bitte ankreuzen)	23. Termin (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
<input type="checkbox"/> im Erdgeschoss	

**24. Frühere Unterbringungen** (in einem Heim, einer Anstalt oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grund dort ausgeschieden?)

---



---

**25. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?**

---



---

**26. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?** Name und genaue Anschrift:

---



---

In welcher Eigenschaft?

---

**27. Sonstiges (Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen)**

---



---

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.  
 Bitte senden Sie diese Anmeldung an [zentrales.aufnahmemanagement@shbg.de](mailto:zentrales.aufnahmemanagement@shbg.de). Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Hr. Nottrott, erreichbar unter 034491/67 412.  
 HINWEIS: Sollte es nach 3 Monaten zu keiner Heimaufnahme gekommen sein, verfällt dieser Antrag.

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

Unterschrift des Aufzunehmenden \_\_\_\_\_

oder des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

Unterschrift HL/PDL \_\_\_\_\_

Kopie an Wohnebene ausgehändigt