

- für:  Seniorenheim „Schloss Löbichau“  
 Seniorenheim „Am Brauereiteich“  
 Seniorenheim „Am Brückenplatz“  
 Tagespflege „Lohsenpark“

Eingang des Antrages am: \_\_\_\_\_

Aufnahme vorgesehen am: \_\_\_\_\_

derzeitiger Pflegegrad: \_\_\_\_\_ (Bescheid in Kopie beilegen)

vollstat. Pflege bei KK beantragt am: \_\_\_\_\_

Kombileistung (TP) beantragt am: \_\_\_\_\_

**ACHTUNG:** Dieser Bogen muss innerhalb einer Woche an Herrn Nottrott weitergeleitet werden.

Bitte auf Vollständigkeit achten!

Sind noch nicht alle Informationen bekannt, werden diese nachgereicht zum: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person

<b>Familienname</b>	Geb.-Name:		
<b>Vorname(n)</b> <small>Rufnamen bitte unterstreichen</small>			
<b>Letzte Wohnung</b> <small>Mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet</small>	Straße		Haus-Nr:
	PLZ	Ort	
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>	Straße		Haus-Nr:
	PLZ	Ort	
	Bei wem?		
<b>zur Zeit in welchem Krankenhaus, Heim oder in welcher Einrichtung?</b>	Name der Einrichtung		
	Anschrift		
	Aufnahmetag	Aufnahmegrund	
<b>Geburtsdaten</b> <small>Geburtsort, Kreis und ggf. Land/Staat</small>	am		
	in		
<b>Familienstand</b> <small>Geburtsort, Kreis und ggf. Land/Staat</small>	seit		
	falls verwittwet, Sterbedatum des Partners		
	Name des verstorbenen Partners		

<b>Konfession</b>			
<b>Staatsangehörigkeit</b>			
<b>Beruf</b>	erlernter Beruf		
	zuletzt ausgeübter		
<b>Kinder</b> Bei mehreren Ehen getrennte Angaben	Volljährig	Minderjährig	Verstorben
	Volljährig	Minderjährig	Verstorben
	Volljährig	Minderjährig	Verstorben

## Angehörige

Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!

<b>Person A</b>	Wie verwandt?	Vor- und Zuname	
	Tel. privat	Tel. dienstlich	
	Mobil	E-Mail	
<b>Person B</b>	Wie verwandt?	Vor- und Zuname	
	Tel. privat	Tel. dienstlich	
	Mobil	E-Mail	
<b>Person C</b>	Wie verwandt?	Vor- und Zuname	
	Tel. privat	Tel. dienstlich	
	Mobil	E-Mail	
<b>gerichtliche Betreuung</b> Kopie Betreuerausweis beifügen	Angehörige Person ist zur Betreuung bestellt:		
	Vor- und Zuname		
	Tel. dienstlich	Mobil	
	E-Mail		
	Straße	Haus-Nr.	
	PLZ	Ort	

## Versicherungen

Krankenkasse	
	Versicherungsnummer
Pflegekasse	

## Ärztliche Betreuung

Hausarzt/-ärztin	Name	
	Anschrift	
	Telefon	
Fachärzte	Fachgebiet	
	Name	
	Anschrift	Telefon
	Fachgebiet	
	Name	
	Anschrift	Telefon
	Fachgebiet	
	Name	
	Anschrift	Telefon
Zuzahlungsbefreiung Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis zum	

## Vollmachten / Dokumente

Vorsorgevollmacht     
  Generalvollmacht     
  Patientenverfügung     
  Betreuungsverfügung

weitere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte in Kopie beilegen!**

## Monatliches Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR

## Kostenträger

### Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

bitte Zutreffendes ankreuzen

- das oben angeführte monatliche Einkommen
- das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_
  - Die Kostenverpflichtungserklärung liegt bei
  - folgt in den nächsten Tagen
  - muss noch beantragt werden
  - ist beantragt am \_\_\_\_\_

- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)

Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

Bestand heute:

## Gewünschte Unterbringung (im Seniorenheim)

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

### Frühere Unterbringungen

in einem Heim, einer Anstalt oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grund dort ausgeschieden?

---



---



---



---

**Aus welchen Gründen wird jetzt die Aufnahme gewünscht?**

---

---

---

**Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?**

Vorname Nachname

Straße

Haus-Nr:

PLZ

Ort

in welcher Eigenschaft?

**Sonstiges** (Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen)

---

---

---

---

Dieser Antrag ist – bis auf Widerruf – verbindlich, begründet aber keinen Rechtsanspruch auf einen Platz bei uns.

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 Aufnahme gekommen sein, verfällt dieser Antrag.**

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden

oder

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leitung der Einrichtung

Kopie an Wohnebene ausgehändigt

## Alle Anlagen beigelegt? Wenn zutreffend.

- Biografiebogen
- Ärztlicher Fragebogen
- Bescheid über Pflegegrad
- Kostenverpflichtungserklärung vom Sozialamt
- Kopie Betreuerausweis
- Bescheid Kostenbefreiung Krankenkasse
- Vorsorgevollmacht
- Generalvollmacht
- Patientenverfügung
- Betreuungsverfügung