

Volkssolidarität
KV Sächsische Schweiz-Osterzgebirge e.V.
Pflegeheim Köttewitz
Köttewitz Nr. 8, 01809 Dohna
Tel.: 035027 80100 Fax: 035027 80280
E-Mail: pflegeheim-koettewitz@voso-pirna.de



Pflegegrad _____

höher beantragt

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Name

Familienname _____ Geburtsname _____

Vorname(n)

(Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsdaten

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Wohnhaft in

(Straße, HausNr., PLZ Ort)

Aufenthalt z.Z.

(Krankenhaus, Heim o.a.)

Familienstand _____ Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____

Krankenkasse

VersicherungsNr.

Zuzahlungsbefreit ja nein Patientenverfügung ja nein

Versicherungsstatus (Zutreffendes unterstreichen) Rentner / freiwilliges Mitglied / privat vers.

Erster Ansprechpartner = Vorsorgebevollmächtigte(r) / Angehörige(r)

Vor-und Zuname / Wie verwandt? / _____ ./ _____

Straße, HausNr., PLZ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

oder

Bestellter Bevollmächtigter / Betreuer

Vor-und Zuname _____

gemäß Vorsorgevollmacht Betreuerausweis

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Zweiter Ansprechpartner / Angehörige(r)

Vor-und Zuname / Wie verwandt? / _____ ./ _____

Straße, HausNr., PLZ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Monatliches Einkommen

(Art d. Einkommens / Betrag)

Die Heimkosten werden aufgebracht durch (zutreffendes bitte ankreuzen):

- das oben angeführte monatliche Einkommen
 Zuzahlung aus Barvermögen (Bankguthaben)
 das zuständige Sozialamt in _____

Sollten die Heimkosten zukünftig nicht mehr durch oben angegebenes Einkommen/Vermögen aufgebracht werden können, erkläre ich mich als Betreuer/Angehöriger bereit, jederzeit die erforderlichen Anträge bei den zuständigen Sozialämtern zu stellen.

Unterschrift

Termin bei Bedarf evtl. ab _____ sofort / so schnell wie möglich
(Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)

Gewünschte Unterbringung Einzelzimmer Doppelzimmer

Hausarzt _____

Straße, HausNr., PLZ Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

Behandelnde Fachärzte (z.B. Zahnarzt, Augenarzt, HNO-Arzt, Urologe, Neurologe)

- Name -

- Ort -

- Telefon -

Covid-19-Infektion letzte Impfung: _____

von Infektion genesen: _____

Falls Sie nicht erreichbar sind, welches Bestattungsunternehmen soll benachrichtigt werden?

Bitte diese Anmeldung mit den Diagnosen und evtl. dem derzeit aktuellen Medikamentenplan in der Einrichtung abgeben bzw. senden.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden