



**Pflegeheim Stolpen**

**Dringend:**

Tel.: 03 59 73/6 30 - Fax: 03 59 73/6 32 58 - Mail: antrag@pflegeheim-stolpen.de

**Vorsorge:**

**Pflegeheim Sebnitz**

Tel.: 03 59 71/8350 - Fax: 03 59 71/835599 - Mail: antrag-sebnitz@voso-pirna.de

## Anmeldung zur Heimaufnahme

<b>Name, Vorname, Geb.Name</b>	
Geburtsdaten:	geb. am: <input type="text"/> in: <input type="text"/>
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>
Familienstand:	<input type="text"/>
Religion:	<input type="text"/>
<b>wohnhaft:</b>	<input type="text"/>
derzeitiger Aufenthalt:	<input type="text"/>
<b>Angehörige</b>	
Name, Vorname:	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Betreuer/Vorsorgevollmacht:	<input type="text"/>
<b>Krankenkasse:</b>	
Versicherungs-Nr.:	<input type="text"/>
<b>Pflegegrad:</b>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
<b>Hausarzt:</b>	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>
<b><u>Covid-19-Infektion</u></b>	
<b>vollständ. Impfung, wann:</b>	<b>von Infektion genesen, wann:</b>
<b>Einkommen (Art/Höhe):</b>	<input type="text"/>
<b>Unterbringung:</b>	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/>
<b>Grund für Antragstellung:</b>	<input type="text"/>

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

wenn nicht Personengleichheit: \_\_\_\_\_

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