



**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@vs-seniorenpflegeheim-sebnitz.de

## Anmeldung zur Heimaufnahme

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

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

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

wenn nicht Personengleichheit:

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