

Volkssolidarität  
KV Sächsische Schweiz-Osterzgebirge e.V.  
Pflegeheim Köttewitz  
Köttewitz Nr. 8, 01809 Dohna  
Tel.: 035027 80100 Fax: 035027 80280



Pflegegrad \_\_\_\_\_

## Anmeldung zur Heimaufnahme

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

Name

Fachname \_\_\_\_\_ 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 seit \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus (Zutreffendes unterstreichen)      Rentner / freiwilliges Mitglied

Angehörige (1)

Wie verwandt? / Vor-und Zuname \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Straße, HausNr., PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Angehörige (2)

Wie verwandt? / Vor-und Zuname \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Straße, HausNr., PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Bevollmächtigter

Vor-und Zuname \_\_\_\_\_

gemäß Vorsorgevollmacht / Betreuerausweis\* vom \_\_\_\_\_

Patientenverfügung\*       ja       nein

\* bei Vertragsabschluss bitte Kopie abgeben

## 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** (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 -

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Welche Hilfsmittel werden Sie mit in die Einrichtung bringen? (Rollstuhl, Rollator ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hinweise / Ergänzungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bestattungsunternehmen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

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

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

Bitte diese Anmeldung mit dem Rentenbescheid in der Einrichtung abgeben.