Gewünscht wird eine Aufnahme in die Alloheim Senioren-Residenz " Zur alten Färberei" in Limbach- Oberfrohna zur vollstationären Pflege ab:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege vom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis voraussichtlich:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Einzelzimmer Nummer…………………………

besondere Kost:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wir weisen darauf hin, dass im §3 Abs.4 des Heimvertrages explizit die Reduzierung von Anteilen der Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei enteraler Ernährung und damit einer nur teilweisen Inanspruchnahme dieser Leistung ausgeschlossen wird.**

**Familienname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Friseur /Fußpflege: ja/nein

**Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Telefon: ja/nein

**Geburtsname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtstag. \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geburtsort/Kreis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Staatsangehörigkeit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

zuletzt ausgeübter Beruf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**jetzige Anschrift**

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bundesland:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anschrift der nächsten Angehörigen**

**1.)**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bevollmächtigt : ja/nein (Vollmacht im Original vorlegen, Kopie abgeben)

**2.)**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bevollmächtigt : ja/nein (Vollmacht im Original vorlegen, Kopie abgeben)

Mit wem soll der notwendige Schriftwechsel durchgeführt werden?

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

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

**Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?**

□ ja, Pflegegrad 1 2 3 4 5

 die Einstufung wurde durchgeführt durch die Pflegekasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Nein

**Rente:**

ich beziehe

Altersrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Witwenrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kostenträger:**

ich bin Selbstzahler: Ja □ Nein □

meine Kosten übernimmt

□ das Sozialamt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ der Antrag wurde am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gestellt

Sozialarbeiter/in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Verwandtschaftsgrad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bis zur Kostenübernahme durch das Sozialamt verpflichtet sich

Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rückerstattung erfolgt**

**nach Zahlung durch den**

**Kostenträger**

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Ort:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

das monatliche Entgelt vorauszuzahlen. Unterschrift.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rezeptgebühr befreit: Ja □ Nein □

Status:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gültigkeit der Versichertenkarte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sanitätshaus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Konsilarärzte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Weitere Dokumente:**

Vorsorgevollmacht □ PA □ Versichertenkarte □

Schwerbehindertenausweis □ Impfausweis □

Brillenpass □ Falithromausweis □ Diabetikerausweis □

Weitere Versorger:

Ambulanter PD -------------------------------------------------------------------------

Hörgeräteakustiker -------------------------------------------------------------------------

Optiker -------------------------------------------------------------------------

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

Ort, Datum

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

 Unterschrift Antragsteller Unterschrift gesetzlicher Vertreter