

# Seniorenheim Elbflorenz

DPUW DEUTSCHE PFLEGE UND WOHNSTIFT GMBH

Fiedlerstr. 12 • 01307 Dresden

Tel. 0351/440 46-0 Fax: 0351/440 46-99

## Anmeldung zur Heimaufnahme oder Kurzzeitpflege

1. Zuname (Familiename, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)			
2. Vorname (n) — Rufname bitte unterstreichen —			
3. Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	PLZ	(Wohnort / Gemeinde)	
	Straße und Hausnummer: _____		
4. Derzeitiger Aufenthalt		(PLZ)	
	(Wohnort / Gemeinde)		
	Straße und Hausnummer: _____		
	Bei wem ? _____		
5. Zurzeit in welchem Krankenhaus, Heim oder in welcher Anstalt ?	_____		
	( Name des Krankenhauses, des Heimes oder der Anstalt)		
	Aufnahmetag: _____ Aufnahmegrund: _____		
6. Geburtsdaten (beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)	am: _____	in: _____	
7. Familienstand: _____	Religion: _____		
8. Angehörige	a) _____	_____	
	( wie verwandt ? )	( Vor- und Zuname )	
PLZ	( Wohnort/Gemeinde )	( Straße, Haus-Nr.)	(Telefon )
	b) _____	_____	
	( wie verwandt ? )	( Vor- und Zuname )	
PLZ	( Wohnort/Gemeinde )	( Straße, Haus-Nr.)	(Telefon )
	c) _____	_____	
	( wie verwandt ? )	( Vor- und Zuname )	
PLZ	( Wohnort/Gemeinde )	( Straße, Haus-Nr.)	(Telefon )
Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!			
9. Betreuer (Name und genaue Anschrift, Aktenzeichen)	_____		
	( Vor- und Zuname )		
PLZ	( Wohnort/Gemeinde )	( Straße, Haus-Nr.)	(Telefon )
10. Krankenkasse (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)			
11. Pflegegrad: (1) (2) (3) (4) (5)	Bemerkung, z.B. Höhergradung beantragt:		
12. Versicherungsnummer			
13. Name des Hausarztes	Dr. _____		
	(Vor- und Zuname)		
PLZ	(Wohnort/Gemeinde)	( Straße, Haus-Nr.,	(Telefon )

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers bzw. Vorsorgebevollmächtigten/Betreuers: