



# Seniorenheim Leipzig-Probstheida

ARGENTUM  
— GRUPPE —

## **ANMELDUNG zur**

Heimaufnahme     Kurzzeitpflege

### 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Anrede  Frau     Herr

Vorname(n) \_\_\_\_\_ *Rufnamen unterstreichen*

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ *ggf. Land angeben*

Familienstand \_\_\_\_\_

Religion \_\_\_\_\_

### 2. HAUPTWOHNSITZ

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_ *ggf. Land angeben*

Telefon mit Vorwahl \_\_\_\_\_

### 3. DERZEITIGER AUFENTHALT, WENN NICHT AM HAUPTWOHNSITZ

Einrichtung oder privat bei \_\_\_\_\_ *Krankenhaus, Heim oder Privatadresse*

Station, Kontaktperson \_\_\_\_\_ *falls im Krankenhaus oder Heim*

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon mit Vorwahl \_\_\_\_\_

Tag der Aufnahme \_\_\_\_\_ *falls im Krankenhaus*

Grund der Aufnahme \_\_\_\_\_ *falls im Krankenhaus*



# Seniorenheim Leipzig-Probstheida

## 4. ANGEHÖRIGER, BETREUER ODER VERTRAUENSPERSON

Art der Kontaktperson

Angehöriger / Familie    Betreuer    Vertrauensperson

Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_

Telefon mit Vorwahl

\_\_\_\_\_

Aktenzeichen

*sofern vorhanden*

## 5. HAUSARZT

Praxis, Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort

*ggf. Land angeben*

Telefon mit Vorwahl

\_\_\_\_\_

## 6. KRANKENKASSE, KOSTENTRÄGER

Art der Versicherung

Rentner    gesetzlich    freiwillig    privat

Name der Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

## 7. VOLLMACHTEN

Patientenverfügung

liegt vor    beglaubigte Kopie anbei    wird nachgereicht

Vorsorgevollmacht

liegt vor    beglaubigte Kopie anbei    wird nachgereicht

## 8. UNTERSCHRIFTEN

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller

*falls Betroffener nicht unterschreiben kann*