



Seniorenheim Leipzig-Volkmarsdorf

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-Volkmarsdorf

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