

## **Seniorenzentrum Bocksberg GmbH**

Bocksbergweg 3  
07330 Probstzella  
Telefon: ( 036735 ) 73140  
Fax: „ 73159  
E-Mail : seniorenzentrum.bocksberg@online.de

### **Antrag auf Heimaufnahme**

Name/ Vorname/ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ PA- Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreiung:  ja  nein

Hausarzt: (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht: (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

Liegt Betreuerausweis vor:  ja  nein seit wann: \_\_\_\_\_

Angehörige: 1. (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (wie verwandt?): \_\_\_\_\_

2. (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (wie verwandt?): \_\_\_\_\_

3. (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (wie verwandt?): \_\_\_\_\_

Zuletzt ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Gründe der Heimaufnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist der Aufzunehmende bereits durch den MDK eingestuft?  ja  nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad? \_\_\_\_\_ Wann erfolgte die Einstufung? \_\_\_\_\_

Wird der Aufzunehmende Selbstzahler? \_\_\_\_\_

Wenn nein, welches Amt übernimmt die Kosten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden? \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

....., den .....

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