

Seniorenzentrum „ Am Stadtpark“	Dr.- Kahlbaum- Allee 31, 02826 Görlitz
- Qualitätsmanagement-	CL Heimaufnahme Verwaltung

<b>Name, Vorname:</b>		<b>Geburtsname:</b>	
<b>Adresse/Telefon:</b>			
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>	<b>Wohnung <input type="checkbox"/></b>	<b>Krankenhaus, Reha oder Heim <input type="checkbox"/></b>	
<b>Adresse wenn nicht in der Wohnung:</b>			
<b>Ansprechpartner in der Einrichtung mit Telefon:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Staatsangehörigkeit:</b>		<b>Konfession:</b>	
<b>Familienstand:</b>			
<b>Angehörige/Bezugspersonen</b>			
<b>Name, Vorname</b>		<b>Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/></b> <i>(Nachweis als Kopie erforderlich)</i>	
<b>Adresse / Telefon</b>			
<b>Wie verwandt?</b>			
<b>Name, Vorname</b>		<b>Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/></b> <i>(Nachweis als Kopie erforderlich)</i>	
<b>Adresse / Telefon</b>			
<b>Wie verwandt?</b>			
<b>Hausarzt</b>	<b>Anschrift / Telefon</b>		
<b>Pflegestufe:</b> <input type="checkbox"/> <b>beantragt am:</b> <i>(Nachweis als Kopie erforderlich)</i>		<b>Zusätzliche Betreuung §45a SGB XI:</b> <input type="checkbox"/> <i>(Nachweis als Kopie erforderlich)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Zuzahlungsbefreiung:</b>	<b>Krankenkasse:</b> Vers.-Nr.: <input type="checkbox"/> <b>Inkontinenzmaterial nötig:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Sozialhilfeempfänger</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sozialhilfe beantragt am:</b>		
<b>Sozialamt Adresse / Ansprechpartner / Telefon:</b>			
<i>Mit den vorvertraglichen Informationen wurde ich in Kenntnis gesetzt, dass das Sozialamt <b>vor der Heimaufnahme</b> informiert werden muss, wenn die Heimkosten nicht vollständig selbst getragen werden können.</i>			
<b>Ort, Datum</b>		<b>Unterschrift des Antragstellers</b>	