



Pflegeheim „Am Taurastein“

Mittweidaer Straße 29
09249 Taura

Tel.: 03724/1200
Fax: 03724/120199
ph_taura@drk-chemnitzer-umland.de
www.drk-chemnitzer-umland.de



Anmeldung zur Heimaufnahme

Eingangsdatum:

1. Vor- und Zuname

2. Adresse

3. Geburtsdatum/ -ort Datum: Ort

4. Geburtsname 5. Familienstand

6. Staatsangehörigkeit 7. Konfession

8. Angehörige Name

Straße, PLZ, Ort

wie verwandt Telefon

Telefon

Name

Straße, PLZ, Ort

wie verwandt Telefon

Telefon

9. Bevollmächtigter Name

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Vorsorgevollmacht ja: nein: gerichtliche Betreuung ja: nein:

10. Hausarzt Name

Straße, PLZ, Ort

11. Kranken-/Pflegekasse

Pflegegrad vorhanden: ja: Grad: Pflegegrad beantragt ja: nein: Wenn ja, wann:

12. Gewünschte Aufnahme ab sofort vorsorglicher Antrag

13. Gewünschte Unterbringung Einbettzimmer Zweibettzimmer Einzel- oder Doppelzimmer

14. Kostenträger Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?

ja: nein:

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn Sie an einer Vormerkung in unserem Haus nicht mehr interessiert sind. Auf Grund der aktuellen Datenschutzverordnung, müssen wir Sie darauf hinweisen, dass Anträge nur noch 2 Jahre aufbewahrt werden dürfen. Nach Ablauf der Frist bedarf es einer Erneuerung Ihrer Anfrage. Bitte kontaktieren Sie uns vor Fristablauf, wenn Sie den Antrag aufrecht erhalten möchten.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden oder des Antragstellers

Eingangsvermerk
des Heimes: