



**Seniorenghutshof
"Wünschgut" KRABBES
GmbH & Co.KG**

Cleudner Straße 29-31
04349 Leipzig
Tel.: (0341) 9263000
Fax: (0341) 9263221




Antrag / Anmeldung zur Heimaufnahme

QM/4- Dokument: FB III- 2.2.1./01

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Aufnahme einsenden
zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Name, Vorname (Geburtsname)	
2. Adresse	
	Straße PLZ/ Ort
3. Derzeitiger Aufenthalt	
	Straße PLZ/ Ort
4. Geburtsdaten	Geburtsdatum Geburtsort
5. Familienstand	
6. Pflegestufe	
7. Staatsangehörigkeit	
8. Konfession	
9. Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
10. Angehörige a)	Name, Vorname
	Straße PLZ/ Ort
	wie verwandt?
b)	Name, Vorname
	Straße PLZ/ Ort
	wie verwandt?
c)	Name, Vorname
	Straße PLZ/ Ort
	wie verwandt?
11. Betreuer	Name, Vorname
	Straße PLZ/ Ort

bitte wenden

12. Hausarzt		
	Name, Vorname	
	Straße	PLZ/ Ort
Wird Die Behandlung weiter übernommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, mein Arztwunsch		
	Name, Vorname	
	Straße	PLZ/ Ort
13. Krankenkasse		
Zuzahlungsbefreit		
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Straße	PLZ/ Ort
		
Mitgliedsnummer		
14. Gewünschte Unterbringung:	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
	Aufnahmetermin	
15. Hinweise, Ergänzungen, Wünsche		
16. Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen o. beantragt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
17. Bankverbindung		
18. gesetzliche Grundlagen	> § 75 SGB XI > § 80 SGB XI > § 87 / § 87 b SGB XI > §§ 114 ff SGB XI > Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG)	
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei <input type="checkbox"/> / liegt nicht <input type="checkbox"/> bei		
Ort/ Datum	Unterschrift des Antragstellers	
	Unterschrift des Aufzunehmenden	
Vermerke der Einrichtung:		
(z.B. für Informationen über Terminabsprachen usw.)		