

	Diakoniestation der Kirchengemeinden Eibenstock und Umgebung e.V.	QMH- PH	Kap. K 1.4
		Doku-Typ FB	Seite 1 von 2
	Anmeldung zur Heimaufnahme		

- Unsere Anschrift:**
- Pflegeheim „Herbstsonne“, Haberleithe 4, 08309 Eibenstock
Tel. 037752 55220, Fax 037752 5522252
- Haus „Sonnenhof“, Hillering 7, 08309 Eibenstock/ OT Sosa
Tel. 037752 55220, Fax 037752 5522252

Familienname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsname: _____ **Staatsangehörigkeit:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____ **Religion:** _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend verw.

Zuletzt wohnhaft:

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Ort:** _____

Heimaufnahme wird gewünscht zum: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Pflegegrad _____ **seit:** _____ **bzw. beantragt am:** _____

Wer übernahm bisher die Pflege? _____

Derzeitiger Gesundheitszustand: _____

Angehörige (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail):

1) _____

_____ **Verwandtschaftsgrad:** _____




2) _____

_____ **Verwandtschaftsgrad:** _____

3) _____

_____ **Verwandtschaftsgrad:** _____

Erstellung: QMB	Überprüfung: QMB	Freigabe: HL/GF	Änderungsstand: 06
Datum: 02.01.2006	Datum: 31.01.2023	Datum: 31.01.2023	K 1.4 Anmel. zur Heimaufnahme

	Diakoniestation der Kirchengemeinden Eibenstock und Umgebung e.V.	QMH- PH	Kap. K 1.4
			
	Anmeldung zur Heimaufnahme	Doku-Typ FB	Seite 2 von 2

Bevollmächtigter (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail bzw. Nummer von oben):

Gerichtlich bestellter Betreuer (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail, Aktenzeichen des Ausweises):

Krankenkasse: _____ **Versichertennummer:** _____

Zuzahlungsbefreiung von Medikamenten: ja gültig bis _____
 nein

Rundfunkgebührenbefreiung: Nr.: _____ bis: _____

Personalausweis gültig bis: _____

Reicht das Einkommen zur Deckung der Heimkosten aus? ja nein

Wer übernimmt die Heimkosten? Selbstzahler Sozialamt Beihilfe/Versicherer

Hausarzt / Fachärzte: _____

bereits betreuendes Sanitätshaus: _____

bereits betreuende Therapeuten, Podologie oder Fußpflege: _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Erstellung: QMB	Überprüfung: QMB	Freigabe: HL/GF	Änderungsstand: 06
Datum: 02.01.2006	Datum: 31.01.2023	Datum: 31.01.2023	K 1.4 Anmeld. zur Heimaufnahme