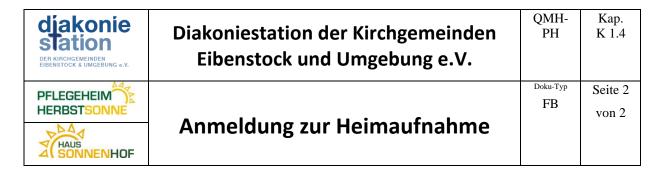
diakonie station DER KIRCHGEMEINDEN EIBENSTOCK & UMGEBUNG e.V.	Diakoniestation der Kirchgemeinden Eibenstock und Umgebung e.V.	QMH- PH	Kap. K 1.4
PFLEGEHEIM TERBSTSONNE		Doku-Typ FB	Seite 1 von 2
HAUS SONNENHOF	Anmeldung zur Heimaufnahme		

Unsere Anschrift:	T □ Hau	Tel. 037752 55220, Fax 037752 5522252						
Familienname:	Vorname: Staatsangehörigkeit:							
Geburtsname:								
Geburtsdatum:		Geburtsort:			Religion:			
Familienstand:	o ledig	o ve	rheiratet	o gesc	hieden	o getrennt lebend	o verw.	
Zuletzt wohnhaft:								
Straße:			PLZ:		Ort: _			
Wer übernahm bish Derzeitiger Gesundl	er die Pfle neitszustar	ge? nd:				agt am:		
Angehörige (Name,								
						tsgrad:		
2)						tsgrad:		
3)								
				Verwar	dtschaf	tsgrad:		

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



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 Medikamer	en: o ja gültig biso nein			
Rundfunkgebührenbefreiung: Nr.: _	bis:			
Personalausweis gültig bis:				
Reicht das Einkommen zur Deckung c	er Heimkosten aus? o ja o nein			
Wer übernimmt die Heimkosten? o	Selbstzahler o Sozialamt o Beihilfe/Versicherer			
Hausarzt / Fachärzte:				
bereits betreuendes Sanitätshaus: _				
bereits betreuende Therapeuten, Po	lologie oder Fußpflege:			
Sonstige Bemerkungen:				
Ort / Datum:	Unterschrift:			

I	T-25	T	I W
Erstellung: QMB	Uberprüfung: QMB	Freigabe: HL/GF	Anderungsstand: 06
Datum: 02.01.2006	Datum: 31.01.2023	Datum: 31.01.2023	K 1.4 Anmeld. zur Heimaufnahme