



ASB Dresden & Kamenz gGmbH
Pflegeheim
„Am Schmelzteich“
Straße des 8.Mai 15
02994 Bernsdorf

Telefon: 035723-936100
Telefax: 035723-936400
E-Mail:
ph-bernsd@asb-dresden-kamenz.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

Eingangsvermerk

1. Vor- und Zuname

Geburtsname:

2. Adresse

Telefon:

3. Derzeitiger Aufenthalt:

Name der Einrichtung
PLZ / Ort / Straße

Ansprechpartner
Telefon:

4. Geburtsdaten und –ort:

Geburtsdatum

Geburtsort

5. Allgemeine Angaben:

Familienstand
Anzahl Kinder

Konfession

Staatsangehörigkeit

6. Angehörige

1. Name <input type="text"/>	
PLZ/Ort/Straße <input type="text"/>	
Verwandtschaftsgrad <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>

7. Angehörige

2. Name <input type="text"/>	
PLZ/Ort/Straße <input type="text"/>	
Verwandtschaftsgrad <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>

8. Angehörige

3 Name <input type="text"/>	
PLZ/Ort/Straße <input type="text"/>	
Verwandtschaftsgrad <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>

9. Angehörige gemäß
Betreuungsrecht /
Bevollmächtigten
(Bitte Kopie des
Betreuerausweises
beifügen)

Name des Betreuers/Bevollmächtigten <input type="text"/>
PLZ Ort Straße <input type="text"/>

10. Derzeitiger Hausarzt

Name des Hausarztes	Telefon:	
PLZ/ Ort / Straße	Fax:	

11. Kranken- / Pflegekasse:

Name der Kranken- / Pflegekasse	
PLZ/Ort/Straße	
Mitglieds-Nummer	Bitte bei der Aufnahme im Haus Versichertenkarte der Krankenkasse mitbringen.
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt	

Bitte den aktuellen Bescheid der Einstufung der Anmeldung beifügen.

12. Gewünschte Unter-
bringung

Einzelzimmer

Doppelzimmer

später Einzelzimmer

Gewünschter Aufnahmetermin:

vorsorglich

dringend

ab sofort

13. Hinweise,
Ergänzungen,
sonstige
Anmerkungen

--

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers