

# Aufnahmeantrag

DRK Kreisverband Döbeln-  
Hainichen e.V.



Altenpflegeheim Mittweida  
Lauenhainer Straße 104  
09648 Mittweida  
Tel.: 03727 – 99790  
Fax.: 03727 – 9979200  
E-Mail: [pfh-mittweida@dl-hc.drk.de](mailto:pfh-mittweida@dl-hc.drk.de)  
Internetseite: [www.drk-mittelsachsen.de](http://www.drk-mittelsachsen.de)



Ich bitte um Aufnahme und mache bezüglich meiner Person folgende Angaben:

Vorsorge:

Dringend:

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name, Vorname:</b>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                            |
| <b>Geburtsname:</b>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                            |
| <b>Postleitzahl/Wohnort:</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                            |
| <b>Straße:</b>                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                            |
| <b>Telefon:</b>                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                            |
| <b>Geburtstag:</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                            |
| <b>Geburtsort:</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                            |
| <b>Konfession:</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                            |
| <b>früherer Beruf:</b>                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                            |
| <b>Staatsangehörigkeit:</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                            |
| <b>Familienstand:</b><br><input type="checkbox"/> Ledig<br><input type="checkbox"/> Verheiratet<br><input type="checkbox"/> Geschieden<br><input type="checkbox"/> Verwitwet | <b>Angaben zum/r Ehegatten/in Lebenspartner/in:</b><br>Name, Vorname: _____<br>Geboren am: _____ in: _____<br>Geheiratet am: _____<br>Verstorben am: _____ |

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Krankenversichert bei:</b>                                                                     |
| <b>Meine Versichertennummer:</b>                                                                  |
| <b>Zuzahlungsbefreiung Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

|                                                                 |                            |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Ansprechpartner(in) / Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in):</b> |                            |
| Name, Vorname: _____                                            | Verwandtschaftsgrad: _____ |
| Str./Ort: _____                                                 |                            |
| Telefon: _____                                                  | Handy: _____ Dienst: _____ |
| <b>Nächste Angehörige:</b>                                      |                            |
| Name, Vorname: _____                                            | Verwandtschaftsgrad: _____ |
| Str./Ort: _____                                                 |                            |
| Telefon: _____                                                  | Handy: _____ Dienst: _____ |
| Name, Vorname: _____                                            | Verwandtschaftsgrad: _____ |
| Str./Ort: _____                                                 |                            |
| Telefon: _____                                                  | Handy: _____ Dienst: _____ |

|                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Erfolgte bereits eine Eingruppierung in einen Pflegegrad?</b>                     |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      PG: _____             |
| <b>Erhalten Sie Leistungen nach §45 a SGB XI? (zusätzliche Betreuungsleistungen)</b> |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                            |

|                     |
|---------------------|
| <b>Hausarzt:</b>    |
| <b>Bemerkungen:</b> |

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_

Unterschrift Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

### Benötigte Anlagen bei Heimaufnahme:

- Geburtsurkunde/Heiratsurkunde als Kopie
- Eventuell Sterbeurkunde des Ehepartners/partnerin
- Pflegegradbescheinigung
- Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung
- Betreuerausweis

**Um eine sachkundige Bearbeitung zu ermöglichen, bitten wir Sie, den Antrag vollständig auszufüllen! Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gern.**