



**Herrnhuter Diakonie**  
 Altenpflegeheim Dora-Schmitt-Haus  
 Peter-Buck-Str. 1  
 02625 Bautzen  
 Tel.: 035873/46160, Fax.: 035873/46176

**Anmeldung zur Heimaufnahme in das Altenpflegeheim der Herrnhuter Diakonie**

1. Name (bei Frauen Geb.-name angeben)	
2. Vorname(n)(Rufname unterstreichen)	
3. Geburtstag	
4. Geburtsort (Kreis u. ggf. auch Land/Staat angeben)	
5. Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	(Postleitzahl) (Wohnort) (Straße)
6. Derzeitiger Aufenthalt	(Postleitzahl) (Wohnort) (Straße)
bei wem? Name:	(Postleitzahl) (Wohnort) (Straße)
7. Zur Zeit in welchem Krankenhaus, Heim oder Anstalt	Name: Ort
8. Familienstand	
9. Daten des Ehegatten/ der Ehegattin <small>bei verheirateten, verwitweten, getrennt lebenden</small>	Name: verst.am
10. Kinder Verwandschaftsverhältnis:	Name: Straße/Tel.-nr.
	Name: Straße/Tel.-nr.
	Name: Straße/Tel.-nr.
11. Sonstige Angehörige Verwandschaftsverhältnis:	Name: Straße/Tel.-nr.
12. Betreuer / Bevollmächtigter <small>Betreuerausweis / Vollmach in Kopie beilegen</small>	Name: Straße/Tel.-nr.
13. Falls keine Angeh. vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben	Name: Straße/Tel.-nr.
14. Konfession	getauft in/am konfirmiert in/am
15. Staatsangehörigkeit	
16. Krankenkasse	Name: Vers.-nummer:
17. Hausarzt	Name: Straße/Tel.-nr.

18. Pflegestufe <small>Sind Sie in eine Pflegestufe eingestuft? Wenn ja, Bescheid beifügen</small>	Pflegestufe	Pflegekasse/Anschrift	
19. Haben Sie einen Antrag auf eine Pflegestufe gestellt? <small>Wenn ja, bei welcher KK?</small>	Name:	Pflegekasse/Anschrift	
20. Wurde bei Ihnen eine chronische Erkrankung festgestellt? <small>Wenn ja, welche?</small>		Wurde diese von der Krankenkasse anerkannt ? ja / nein	
21. Sind Sie von den Zuzahlungen befreit? <small>Wenn ja, Kopie der Zuzahlungsbefreiung beilegen</small>			
22. Haben Sie einen Schwerbehinderten- ausweis ? <small>Wenn ja, Kopie beilegen</small>			
23. Erhalten Sie Landesblindengeld od. Nachteilsausgleich? <small>Wenn ja, Kopie beilegen</small>			
24. Erhalten Sie Leistungen der Kriegsopferfürsorge? <small>Wenn ja, Kopie beilegen</small>			
25. Gewünschte Unterbringung <small>Gewünschtes bitte ankreuzen</small>	Einzelzimmer <small>Untergeschoß</small>	Doppelzimmer <small>Untergeschoß</small>	Doppelzimmer <small>Obergeschoß</small>
26. Monatliches Einkommen <small>Renten o.ä., Kopien der Bescheide bitte beilegen</small>	Art des Einkommens		Zahlende Stelle/Betrag
	Art des Einkommens		Zahlende Stelle/Betrag
	Art des Einkommens		Zahlende Stelle/Betrag
27. Bringen Sie ein Rundfunkgerät mit? Bringen Sie ein Fernsehgerät mit ?	ja / nein ja / nein	Sind Sie von den Gebühren befreit?	ja / nein ja / nein
28. Benutzen Sie Hilfsmittel? <small>z.B. Rollstuhl, Nachtstuhl, Gehhilfen u.ä.</small>			
28. Gewünschter Aufnahmetermin			
29. Begründung der Aufnahme			
30. Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden?	Name:	Anschrift:	
31. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, Wünsche			

Legen Sie bitte diesem Antragsformular einen kurzen Lebenslauf bei.

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/Betreuers