

## Pflegeplatzanmeldung

### Aufzunehmende Person

Herr       Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_  
(z. B. andere Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, Reha usw.)

### Ansprechpartner

Herr       Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r):  nein  ja  
(Bitte Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht beifügen.)

### Rechnungsempfänger für Heimkosten

Aufzunehmende Person       Ansprechpartner

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse / Pflegekasse

Name: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt?  nein       ja, am: \_\_\_\_\_

Begutachtung durch Pflegekasse erfolgt?  nein       ja, am: \_\_\_\_\_

Einstufung der Pflegekasse in Pflegegrad:  1     2     3     4     5 (Bitte Bescheid in Kopie beifügen)

Befreiung von Rezeptgebühr?  nein       ja (Bitte Kopie beifügen)

## Kostenregelung bei Heimaufnahme

Die monatlichen Heimkosten werden getragen als Selbstzahler durch eigenes Einkommen

Sonstiges \*: \_\_\_\_\_  
(z. B. Berufsgenossenschaft, Wohngeldstelle, Sozialamt, Kommunalen Sozialverband)

Ist die aufzunehmende Person Beihilfeberechtigt?  nein  ja

Erhält die aufzunehmende Person Wohngeld?  nein  ja\*

Erhält die aufzunehmende Person Blindengeld?  nein  ja\*

Die monatlichen Heimkosten können nicht durch eigenes Einkommen oder Vermögen getragen werden.\*

## Monatliches Einkommen (aktueller Stand)\* nur ausfüllen wenn Hilfebedarf vorliegt

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag (€)
--------------------	-----------------	------------

---

Kostenübernahme wurde beantragt am \_\_\_\_\_ beim zuständigen Sozialamt in

(Bitte genaue Anschrift angeben)

Kopie des Antrags ist beigelegt  Kostenübernahme liegt vor\*

\* Bitte Kopie der aktuellen Rentenbescheide, Kostenübernahmeerklärungen bzw. Mitteilungen beifügen!

## Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer  Doppelzimmer

Aufenthaltsdauer:  befristet von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  unbefristet ab: \_\_\_\_\_

Möchten Sie Möbel mitbringen?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

---

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Soz. Dienst/Krankenhaus

Bekannte/Verwandte

Betreuungsstelle/Betreuer(in)

Zeitungsinsert

Hausarzt

Sonstige \_\_\_\_\_

**Diese Anmeldung ist unverbindlich, eine Heimaufnahme kann nur nach vollständiger Klärung der Kostenübernahme und bei Vorliegen eines ärztlichen Fragebogens erfolgen!**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden, wenn nicht identisch mit Antragsteller

Bitte per Post oder Mail zurück an:

Seniorenheim „Domizil Abendsonne“  
z.Hd. Frau Claudia Hruska-Wachsmuth  
Krippenweg 3  
01468 Moritzburg

Tel. 035243 – 4747 0

Fax 053243 – 4747 330

[heimanmeldung@domizil-abendsonne.de](mailto:heimanmeldung@domizil-abendsonne.de)