



*Hans der  
Herzen*

## ANMELDUNG

ZUR AUFNAHME IN DAS PFLEGE- UND BETREUUNGSZENTRUM RIESA

- für vollstationären Pflegeplatz
- für vollstationären Kurzzeit-Pflegeplatz
- für Tagespflegeplatz

### Termin

Gewünschter Aufnahmeterrin

**Nur bei Aufnahme Tagespflege:** Geben Sie bitte die gewünschte Anzahl an Betreuungstagen an und unterstreichen Sie die Tage, an denen eine Betreuung stattfinden soll. Ist eine Festlegung konkreter Tage für Sie nicht möglich oder haben Sie Beratungsbedarf, kreuzen Sie bitte das letzte Feld an.

\_\_\_\_\_ Anzahl Tage pro Woche

**Mo Di Mi Do Fr**

Beratung/Abstimmung noch erforderlich

### Persönliche Daten

Nachname

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Konfession

Familienstand

### Wohnung (Hauptwohnsitz)

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Wohnort

### Angehörige/Bezugsperson

① Nachname

Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Wohnort

② Nachname

Vorname

Verwandtschaftsverhältnis

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Wohnort

### Betreuung/Altersvorsorgevollmacht

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Wohnort

Wirkungskreis der Betreuung (z.B. alle Bereiche, Gesundheitsorge, Vermögensorge, Aufenthaltsbestimmung, etc.)



Krankenkasse/Pflegekasse	
Name der Krankenkasse	Krankenversicherungs-Nummer
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ, Ort	
Pflegegrad (PG)	<input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5
Pflegegrad beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegraderhöhung beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hausarzt	
Name des Hausarztes	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Ambulanter Pflegedienst	
Nehmen Sie Pflegesachleistungen eines Ambulanten Pflegedienstes in Anspruch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Pflegedienstes:	

Nur bei Tagespflegeanmeldung: Möchten Sie den Fahrdienst in Anspruch nehmen?	
<input type="checkbox"/> Ja, nur morgens abholen <input type="checkbox"/> Ja, nur nachmittags bringen <input type="checkbox"/> Ja beides, morgens holen und nachmittags bringen <input type="checkbox"/> nein	

Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler (Kostendeckung durch z.B. Rente, monatliches Einkommen, Bankguthaben, Mieteinnahmen, etc.) & Pflegekassenleistungen	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger/anderer Träger (Bezeichnung der zahlenden Stelle):	

Antragsteller (Gesprächs- und Verhandlungspartner der Einrichtung)	
Nachname	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ, Wohnort	

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Aufzunehmender (wenn abweichend)

Wir freuen uns stets über einen persönlichen/telefonischen Kontakt zu Ihnen. Indem Sie uns aktuelle Veränderungen mitteilen, können wir Ihre Aufnahmewünsche besser berücksichtigen.