


Kath. Seniorenzentrum St. Elisabeth Kopernikusstraße 31 08523 Plauen Tel: 03741/7009-0 Fax: 03741/7009-14	Anfrage zur Heimaufnahme	
	Eingangsdatum: Aktualität verlängert bis:	QM III/3.2.1.

Name: Vorname: Geburtsname:	Alter: <input type="radio"/> gesetzliches Rentenalter erreicht <input type="radio"/> gesetzliches Rentenalter noch nicht erreicht
Wohnanschrift:	Tel.-Nr.: Mail:
Liegt eine Betreuung vor: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Vorsorgevollmacht vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Patientenverfügung vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zu informierende Person, falls ein Heimplatzangebot besteht, mit vollständiger Wohnanschrift, Telefon/Handy, Beziehungsverhältnis zum Antragsteller	
Betreuer/ Bevollmächtigte: 	
Angehörige ohne Vollmacht: 	
PG 1 o PG 2 o PG 3 o PG 4 o PG 5 o Pflegegrad beantragt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein wenn ja, am _____	Krankenkasse: <input type="radio"/> gesetzlich versichert <input type="radio"/> privat versichert
Gewünschte Unterbringung: <input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer	
Gründe für die Heimaufnahme: 	
Unterschrift des Antragstellers: _____ Datum: _____	
Hinweis: Diese Anfrage wird 2 Jahre bis Ende des laufenden Kalenderjahres aufbewahrt. Die Frist kann nach 2 Jahren auf Anfrage verlängert werden.	