



Altenpflegeheim „Sankt Anna“
 Parkstraße 37
 09456 Annaberg- Buchholz
 Tel. 03733 / 142 0



Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname:	derzeitiger Aufenthaltsort falls abweichend (Krankenhaus / Altenheim):
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Tel-Nr.:	Tel-Nr.:
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Familienstand:	
Konfession:	
Staatsangehörigkeit:	

Angehörige / Bevollmächtigte

Name:	Name:	Name:
Straße:	Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:	Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:	Tel-Nr.1 / tagsüber erreichbar:
Tel-Nr.2 / evtl. Handy:	Tel-Nr.2 / evtl. Handy:	Tel-Nr.2 / evtl. Handy:
E-Mail:	E-Mail:	E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> notarielle Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Betreuer nach Betreuungsrecht	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> notarielle Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Betreuer nach Betreuungsrecht	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> notarielle Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Betreuer nach Betreuungsrecht

Hausarzt		Krankenkasse						Aufnahmewunsch	
Name:		Name:						<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	
Straße:		Ort:						<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
PLZ/Ort:		Vers.-Nr.:						Termin zur Aufnahme:	
Tel-Nr.:	Fax-Nr.:	Pflegegrad:	kein	1	2	3	4	5	

Art der Erkrankung / Einschränkungen (körperlich, geistig ...)

Hinweise, Ergänzungen, Sonstiges

Wird Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	vom Sozialamt in
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------

Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller:	Unterschrift des Aufzunehmenden:

Bei Veränderungen (Personalien, Pflegebedarf, Dringlichkeit oder Stornierung der Anmeldung) bitten wir Sie um eine Rückmeldung (z.B. telefonisch, schriftlich, E-Mail)!



Altenpflegeheim „Sankt Anna“
Parkstraße 37
09456 Annaberg- Buchholz
Tel. 03733 / 142 0



Ärztlicher Fragebogen - Seite 2/2

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung

Hinweise, Bemerkungen

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift Arztes
------------	---------------------------------