# Anmeldung Betreutes Wohnen

Die Pflegeexperten
Altenpflege Lausitz GmbH

Bitte kreuzen Sie an:

| | | |
|---|---|---|
| **Rietschen** | ❍ | Betreutes Wohnen im Heil- und Pflegezentrum |
| | ❍ | Betreutes Wohnen am Kino |
| **Teicha** | ❍ | Betreutes Wohnen Herrenhaus Teicha |
| **Weißwasser** | ❍ | Betreutes Wohnen im Kromlauer Weg |

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß! Vielen Dank für Ihr Verständnis.

| **Aufzunehmende(r)** | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum |
| | | |
| Wohnanschrift | | Derzeitiger Aufenthalt |
| | | |
| Familienstand | Staatsangehörigkeit | Konfession |
| | | |

| **Angehörige / Ansprechpartner** | | | |
|---|---|---|---|
| Name, Vorname | Anschrift | Tel. / E-Mail | Verwandtschaftsgrad / Bezug |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Krankenkasse / Pflegekasse | | | |
|---|---|---|---|
| Name der Krankenkasse | | Versicherungsnummer | |
| | | | |
| Pflegegrad | Ab wann? | Zahlungsbefreiung gültig bis | Schwerbehindertenausweis? |
| | | | ○ Ja ○ Nein |

| Hausarzt | |
|---|---|
| Name | Anschrift / Telefon |
| | |

| Betreuer / Bevollmächtigter | |
|---|---|
| Name | Anschrift / Telefon |
| | |
| Aufgabenkreis | |
| | |

| Monatliches Einkommen | | |
|---|---|---|
| Unterstützung aus Sozialhilfebezug? | Aktuelles monatliches Einkommen | |
| ○ Ja ○ Nein | Art des Einkommens: | Betrag: |
| | | |
| | Art des Einkommens: | Betrag: |
| | | |

| Hilfsmittel |
|---|
| |

| **Besonderheiten als Information**<br>(Allergien, Sondennahrung, Tracheostoma, Weglauftendenz, MRSA, TBC, etc.) |
| --- |
| |

Datum der Antragstellung: _____

Unterschrift Antragsteller: _____

| **Bemerkungen durch die Pflegeeinrichtung hinsichtlich Verlaufs des Antrages** | |
| --- | --- |
| Datum | Notiz |
| | |
| | |
| | |
| | |

Antrag entgegengenommen am: _____durch:_____