

Aufnahmeantrag

Diako Hospitalstiftung zu Altenburg gGmbH

Hospitalplatz 1 · 04600 Altenburg
Telefon: 03447 561 0



1. Gewünschter Termin Aufnahmeart: vollstationär Kurzzeitpflege
Gewünschte Wohnform Haus (optional): Einbettzimmer Zweibettzimmer

2. Persönliche Angaben (zukünftiger Bewohner)

Familienname Vorname

Geburtsname Geburtsdatum

Geburtsort Familienstand ledig verh. verw. gesch.

Straße Telefon:

PLZ / Ort Konfession

Hausarzt

Fachärzte

Krankenkasse Mitgliedsnummer

Hilfsmittel

Befreiung ja nein wenn ja, Zeitraum

Allergien Herzschrittmacher

Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung

3. Pflegegrad ja, welcher Pflegegrad: nein
Höherstufungsantrag gestellt ja nein

4. Gründe der Anmeldung / medizinische Diagnosen:

.....
.....
.....

Aufnahmeantrag

Diako Hospitalstiftung zu Altenburg gGmbH

Hospitalplatz 1 · 04600 Altenburg
Telefon: 03447 561 0



5. Angehörige bzw. Betreuer (nach Betreuungsgesetz/Vorsorgebevollmächtigter)

Familienname	.....	Vorname	.....
Straße	.....	PLZ / Ort	.....
Telefon	.....	E-Mail	.....
Verwandtschaftsgrad	.....	

6. Informationen (wird bei Aufnahme optional durch Einrichtung ausgefüllt)

Auf Wohngeld hingewiesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Über Inanspruchnahme von Sozialleistungen informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Über Kosten informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kostenzusage vom Sozialamt bei PG2 ggf. geklärt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unterlagen ausgehändigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Diese Anmeldung ist unverbindlich, eine Aufnahme in das Haus kann nur bei Vorliegen eines Pflegegrades, nach vollständiger Klärung der Kostenübernahme und bei Vorliegen eines ausgefüllten ärztlichen Fragebogens/

Arztbriefs erfolgen. Ohne Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse bzw. des zuständigen Sozialhilfeträgers sind die gesamten Heimkosten als Selbstzahler zu tragen!

Mit der Erhebung persönlicher Daten erklärt sich der Kunde/ Interessent durch seine Unterschrift einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Antragsteller

.....
Einrichtung

Bemerkungen

.....
.....
.....
.....