

# Anmeldung zur Heimaufnahme



**Diako Hospitalstiftung zu Altenburg gGmbH**

**Hospitalplatz 1**

**04600 Altenburg**

☎ 03447/561-0    ☎: 03447/561-499

✉ hospitalstiftung.altenburg@diako-thueringen.de

Posteingang:

Aufnahme vorgesehen am: \_\_\_\_\_

im Haus und Wohnbereich: \_\_\_\_\_

Kopie weitergeleitet an WB am: \_\_\_\_\_

- bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen -

Familiename	
Vorname(n)	
Geburtsname	Geburtstag
Geburtsort	Familienstand
Staatsangehörigkeit	Konfession
letzte Wohnanschrift	derzeitiger Aufenthalt (Wohnung, Heim, Krankenhaus, etc.)
1. Angehörige/r oder Vertrauenspersonen (Name, Anschrift)	Telefonnummer(n)
Verwandtschaftsgrad	E-Mail-Adresse
2. Angehörige/r oder Vertrauenspersonen (Name, Anschrift)	Telefonnummer(n)
Verwandtschaftsgrad	E-Mail-Adresse
3. gerichtliche/r Betreuer/in (Name, Anschrift)	Telefonnummer(n)
	E-Mail-Adresse
Hausarzt (Name, Anschrift)	Krankenkasse
Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis zum _____	Versicherungsnummer
Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/>	Liegt eine eingeschränkte Alltagskompetenz, Demenz vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gewünschte Unterbringung Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	Kostenträger Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Name und Unterschrift Antragsteller

# Anmeldung zur Heimaufnahme (an die Verwaltung)

**Diako Hospitalstiftung zu Altenburg gGmbH**  
**Hospitalplatz 1**  
**04600 Altenburg**

☎ 03447/561-0

☎: 03447/561-499

✉ hospitalstiftung.altenburg@diako-thueringen.de

Bekannte Diagnosen/Krankheitsbild, derzeitiger Gesundheitszustand:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sonstige Informationen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vermerke Verwaltung: