

I Aufnahmeantrag

für: <input type="checkbox"/> Seniorenheim „Am Brauereiteich“ <input type="checkbox"/> Seniorenheim „Am Brückenplatz“ <input type="checkbox"/> Seniorenheim „Schloss Löbichau“ <input type="checkbox"/> Tagespflege „Lohsenpark“	Eingang des Antrages am: _____ Aufnahme vorgesehen am: _____ derzeitiger Pflegegrad: _____ (Kopie beilegen) vollstat. Pflege bei KK beantragt am: _____ Kombileistung (TP) beantragt am: _____
---	--

ACHTUNG: Dieser Bogen muss innerhalb einer Woche an das Zentrale Aufnahmemanagement weitergeleitet werden. Bitte auf Vollständigkeit achten!

Sind noch nicht alle Informationen bekannt, werden diese nachgereicht zum: _____ .

Angaben zur Person

Name	Familienname	Geb.-Name	Vorname(n)
Letzte Wohnung Mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet	Straße		Haus-Nr.
	PLZ	Ort	
Derzeitiger Aufenthalt	Straße		Haus-Nr.
	PLZ	Ort	
	Bei wem?		
	Name der Einrichtung		
	Aufnahmetag	Aufnahmegrund	
Geburtsdaten Geburtsort, Kreis und ggf. Land/Staat	am	in	
Familienstand Geburtsort, Kreis und ggf. Land/Staat	seit		
	Falls verwitwet, Sterbedatum des Partners		
	Name des verstorbenen Partners		
Konfession			
Staatsangehörigkeit			
Beruf	erlernter Beruf		
	zuletzt ausgeübt		
Kinder Bei mehreren Ehen getrennte Angaben	Volljährig	Minderjährig	Verstorben
	Volljährig	Minderjährig	Verstorben

Angehörige

Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!

Person A	Wie verwandt?	Vor- und Zuname
	Tel. privat	Tel. dienstlich
	Mobil	E-Mail
	Anschrift	
Person B	Wie verwandt?	Vor- und Zuname
	Tel. privat	Tel. dienstlich
	Mobil	E-Mail
	Anschrift	
Person C	Wie verwandt?	Vor- und Zuname
	Tel. privat	Tel. dienstlich
	Mobil	E-Mail
	Anschrift	
gerichtliche Betreuung Kopie Betreuerausweis beifügen	Angehörige Person ist zur Betreuung bestellt:	
	Vor- und Zuname	
	Tel. dienstlich	Mobil
	E-Mail	
	Straße	Haus-Nr.
	PLZ	Ort

Versicherung

Krankenkasse		
	Versicherungsnummer	
Pflegekasse		
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> vorhanden (Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Ärztliche Betreuung

Hausarzt/ Ärztin	Name	Telefon
	Anschrift	
Fachärzte	Name	Telefon
	Anschrift	
	Name	Telefon
	Anschrift	
	Name	Telefon
	Anschrift	

Vollmachten/ Dokumente

- Vorsorgevollmacht Generalvollmacht Patientenverfügung Betreuungsverfügung
- weitere: _____

Kostenübernahme

Über die Heimkosten bin ich informiert und stimme der monatlichen Zahlung per SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto zu:

Name des Bankinstitutes		
Name des Kontoinhabers		
Bankverbindung	IBAN	BIC

Gewünschte Unterbringung (im Seniorenheim)

- Einzelzimmer Doppelzimmer

Frühere Unterbringungen (Heim, Anstalt oder ähnliche Einrichtungen. Wo? Wann? Ausscheidungsgrund)

Aus welchen Gründen wird die jetzige Aufnahme gewünscht?

I Aufnahmeantrag

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden?

Vorname Nachname			
Adresse	Straße, Haus-Nr.	PLZ	Ort
In welcher Eigenschaft?			

Sonstiges (Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen)

Dieser Antrag begründet keinen Rechtsanspruch auf einen Platz bei uns. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Bitte senden Sie die Anmeldung an:

Per E-Mail: zentrales.aufnahmemanagement@shbg.de

Per Post: Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft
BGZ Lohsenpark
Lohsenstraße 25a
04626 Schmölln

Bei Fragen, rufen Sie uns gern an: [034491/67412](tel:03449167412)

Hinweis: **Sollte es nach 3 Monaten zu keiner Aufnahme gekommen sein, verfällt dieser Antrag.**

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden

oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Kopie an Wohnebene ausgehändigt

Unterschrift der Einrichtungsleitung