

**Postanschrift:**

valere Seniorenpflegeheim, Ludwig-Jahn-Straße 13, 04509 Delitzsch,  
 Tel.: 034202/3092-0, Fax: 034202/3092-29  
 sekretariat@valere-seniorenpflege.de

**Vorbereitung der Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung**

1.	Name, Geb.-name	
2.	Vorname	
3.	Anschrift	
4.	Geburtsdatum	am:
5.	Aufenthalt zurzeit: z.B. Krankenhaus, Reha usw. Wenn Krankenhaus, voraussichtliche Entlassung?	

Einzugswunsch (Datum)	
Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

**6. Angehörige/ Betreuer**

Pos.	Name, Vorname	Anschrift	Telefon-Nr.: dienstl./privat	Bezug (Tochter/Sohn usw.)
1				
2				
3				

**7. Ärzte**

**a) Hausarzt**

Name, Vorname	Anschrift/Telefon/Fax	Fachrichtung

**b) Fachärzte (Gynäkologe, Urologe, Augenarzt, Zahnarzt usw.)**


Sollen alle o. g. Ärzte ab dem Einzug übernommen werden? Ja  Nein  Wenn nein:

Bei Veränderungswünschen bitte gesondertes Blatt (oder Visitenkarte) mit Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Fax und Fachrichtung beifügen.

### 8. Rente

	Art der Rente/Höhe (diese Angabe ist zwingend nötig)	<input type="checkbox"/> Regelaltersrente _____ EUR
		<input type="checkbox"/> Witwenrente _____ EUR
		<input type="checkbox"/> sonstige Renten _____ EUR
	Rententräger	
	Rentennummer	

### 9. Krankenkasse/ Pflegekasse

	vollständige Anschrift und Telefonnummer der Kranken- u. Pflegekasse	
	Versichertennummer	
	Pflegegrad / seit wann?	
	Kopie des Pflegegradbescheides liegt bei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Vollstationäre Pflege bei PK* beantragt/genehmigt?	<input type="checkbox"/> Ja: Wann? _____ Wer? _____ <input type="checkbox"/> Nein
	Höherstufung schon beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja: Wann? _____ Wer? _____ <input type="checkbox"/> Nein

\* PK = Pflegekasse

### 10. Rechnungsempfänger

	Rechnungsempfänger für die monatlichen Heimkosten	
	E-Mail-Adresse des Rechnungsempfängers (falls vorhanden)	

### 11. Sonstige Angaben - Versicherungen (wenn vorhanden)

Hausratversicherung	bei
Haftpflichtversicherung	bei

Der vom Arzt ausgefüllte aktuelle Fragebogen liegt bei:

Ja     Nein     wird nachgereicht.

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf- verbindlich.

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Betreuers

Bemerkungen des Heimes: