

## Antrag zur Heimaufnahme

Eingang:

### Allgemeine Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_  
Seit wann: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_  
Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Art der Aufnahme:  vollstationär  Einzelzimmer  Doppelzimmer  
**Der Antrag ist:**  vorsorglich  dringend

### Bezugspersonen / Angehörige / Betreuer

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Gesundheits- und Pflegezentrum „Lindenblick“ d. Altenpflegeheim Schweikershain gGmbH Lindenallee 6 09306 Rochlitz Telefon: (03737) 787 5232 Telefax: (03737) 787 5235	Bankverbindung: Volksbank Mittweida Konto: 197 109 750 BLZ: 870 961 24 IBAN: DE34 8709 6124 0197 1097 50 BIC: GENODEF1MIW	Sitz der Gesellschaft: Erlau Handelsregister: HRB 21659 Amtsgericht Chemnitz Steuernummer: 222/105/00743 Geschäftsführer: Florian Claus Sitz der Gesellschaft: Erlau
---	--	---

