



# HEIMANTRAG PFLEGEZENTRUM ABENDROT

KIPSDORFER STRASSE 93  
01277 DRESDEN

TEL (+49) 0351 49 99 60  
FAX (+49) 0351 499 96 26

## 1. HEIMANTRAG AUF

Kurzzeitpflege     Verhinderungspflege     Heimaufnahme

## 2. ANTRAGSTELLER

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

Einkommen \_\_\_\_\_ *Wir bitten um Vorlage des aktuellen Renten-/Einkommensnachweises*

Krankenkasse \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreit  nein  ja

Hausarzt \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse, Telefon)

Zimmerwunsch  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Gesetzl. Betreuung  nein  ja    Vorsorgevollmacht  nein  ja

## 3. ANGEHÖRIGE / GESTZLICHER BETREUER

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Antragsteller?  
(Verwandtschaftsgrad oder Ähnliches) \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Betreuer \_\_\_\_\_

## VON EINRICHTUNG AUSZUFÜLLEN

Einzug am \_\_\_\_\_ WB / Zimmer-Nr. \_\_\_\_\_