

Altenpflegeheim Mittweida  
Lauenhainer Straße 104  
09648 Mittweida  
Tel. 03727 – 99790  
Fax. 03727 – 9979200  
E-Mail: [pfh-mittweida@dl-hc.drk.de](mailto:pfh-mittweida@dl-hc.drk.de)  
Internetseite: [www.drk-mittelsachsen.de](http://www.drk-mittelsachsen.de)



Ich bitte um Aufnahme und mache bezüglich meiner persönlichen Verhältnisse folgende Angaben:

Vorsorge:

Dringend:

Name, Vorname:
Geburtsname:
Postleitzahl/Wohnort:
Straße:
Telefon:
Geburtstag:
Geburtsort:
Konfession:
früherer Beruf:
Staatsangehörigkeit:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.

<b>Ansprechpartner/Bevollmächtigter/Betreuer:</b>		
Name:	Straße/Ort:	Telefon: Handy: Dienst: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:		
<b>nächste Angehörige:</b>		
Name:	Straße/Ort:	Telefon: Handy: Dienst: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:		
Name:	Straße/Ort:	Telefon: Handy: Dienst: E-Mail:
Verwandtschaftsgrad:		

Haben Sie eine Krankenversicherung, wenn ja, welche?	
Versichertennummer:	
Zuzahlungsbefreiung Medikamente:	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>

Erfolgte bereits eine Eingruppierung in einen Pflegegrad?	
Ja: <input type="checkbox"/>	Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher:
Erhalten Sie Leistungen nach § 43 a SGB XI? (zusätzliche Betreuungsleistungen)	
Ja: <input type="checkbox"/>	Nein: <input type="checkbox"/>

Name des Ehegatten	
geboren am:	in
geheiratet am:	in
verstorben am:	in

Hausarzt:
Welches Bestattungsinstitut wünschen Sie:
Bemerkungen:
Allergien/Unverträglichkeiten:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_

Unterschrift Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

### Anlagen

Geburtsurkunde/Heiratsurkunde als Kopie  
eventuell Sterbeurkunde des Ehepartners  
Pflegegradbescheinigung  
Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung  
Betreuerausweis

**Um eine sachkundige Bearbeitung zu ermöglichen, bitten wir Sie, den Antrag vollständig auszufüllen!**

**Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gern.**