



1.	Name: (bei Frauen auch der Geburtsname)	
2.	Vorname: (Rufname bitte unterstreichen)	
3.	Geburtsdatum:	Geburtsort:
4.	PLZ: Wohnort:	Straße: Tel.-Nr.:
5.	Familienstand:	Personalausweis/ Pass-Nr.:
6.	Krankenkasse:	Versicherungsnummer:
7.	Pflegegrad:	Konfession: (freiwillige Angabe)
8.	Hausarzt:	Tel.-Nr. Hausarzt:
9.	Sind Sie von Medikamenten- zuzahlungen befreit?	wenn ja, von bis
10.	Betreuer (Ausweis) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vollmacht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Patientenverfügung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte Kopien beilegen)	Name:
11.	Anschrift der Angehörigen: 1. _____ Vor- und Zuname wie verwandt _____ PLZ Wohnort Straße und Hausnummer Tel.-Nr. 2. _____ Vor- und Zuname wie verwandt _____ PLZ Wohnort Straße und Hausnummer Tel.-Nr.	
12.	Wer ist bei der Heimaufnahme Ansprechpartner?	

13.	Zuständiges Sozialamt/ Versorgungsamt/ Unfallkasse/ Berufsgenossenschaft Sollte Ihr Einkommen/ Vermögen zur Begleichung der laufenden und gegebenenfalls ein-maligen Heimkosten bzw. Aufwendungen nicht ausreichen, sind Sie verpflichtet, Kontakt mit dem jeweiligen für Sie zuständigen Sozialamt oder sonstigen Leistungsträgern aufzunehmen, um Unterstützung zu beantragen. Versäumnisse in diesem Zusammenhang gehen zu Ihren Lasten, eine Haftung der AWO Lausitz Pflege- und Betreuungs-gGmbH ist ausgeschlossen.	
14.	monatliches Einkommen €
15.	gewünschte Unterbringung:	Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/>
16.	Medizinische Ernährungsbesonderheiten	
17.	falls derzeitiger Aufenthalt Klinik/ Heim:	Wo? Von bis?
18.	Für wann ist eine Aufnahme gewünscht?	
19.	Wir bitten Sie, für den Fall des Ablebens Ihre Wünsche in Bezug auf ein Bestattungsinstitut zu benennen.	
20.	sonstige Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:	

Ort/ Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. eines Bevollmächtigten oder Betreuers