



HEIMANTRAG PFLEGEZENTRUM ABENDROT

KIPSDORFER STRASSE 93
01277 DRESDEN

TEL 0351 49 99 60
FAX 0351 499 96 26

01. HEIMANTRAG AUF

Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Heimaufnahme

02. 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

03. 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. _____