



# Voranmeldung zur Heimaufnahme

Es genügt eine Voranmeldung - auch für mehrere Heime!

## Bürgerheim

Pflegeheim „Bürgerheim“  
Am Bürgerheim 1, 08371 Glauchau  
Telefon: 03763 / 606-3  
Telefax: 03763 / 606-401  
Heimleiterin: Frau Löchel  
Pflegedienstleiterin: Frau Engelhardt  
info@altenheimglauchau.de  
www.altenheimglauchau.de

## Am Lehngrund

Pflegezentrum „Am Lehngrund“  
Am Lehngrund 3, 08371 Glauchau  
Telefon: 03763 / 44069-0  
Telefax: 03763 / 44069-55  
Heimleiterin: Frau Wilfert-Tischendorf  
Pflegedienstleiterin: Frau Weiser  
info-al@altenheimglauchau.de  
www.altenheimglauchau.de

## Friedenshöhe

Pflegeheim „Friedenshöhe“  
Lichtensteiner Str. 36, 08371 Glauchau  
Telefon: 03763 / 777598-11  
Telefax: 03763 / 777598-88  
Heimleiter: Herr Reinhardt  
Pflegedienstleiterin: Frau Siermann  
info-fh@altenheimglauchau.de  
www.altenheimglauchau.de

### 1. Personalien des/der Pflegebedürftigen:

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Hausarzt: .....

Krankenkasse: .....

### 2. Wo befindet sich der/die Pflegebedürftige zur Zeit?

- zuhause
- Krankenhaus
- Kurzzeitpflege
- .....

### 3. Ist der/die Pflegebedürftige in weiteren Heimen angemeldet?

- ja  nein

### 4. Für welches Haus soll die Voranmeldung berücksichtigt werden?

- Bürgerheim  Lehngrund  Friedenshöhe

### 5. Wie dringend benötigt der/die Pflegebedürftige diesen Pflegeplatz?

- sofort
- nach Entlassung aus dem Krankenhaus
- hat Zeit
- .....

**6. Welchen Pflegegrad hat der/die Pflegebedürftige?**

- 1       2       3       4       5

**7. Welchen Unterbringungswunsch hat der/die Pflegebedürftige?**

- Einzelzimmer       Doppelzimmer

**8. Dürfen wir Sie auch informieren, wenn ein anderer Zimmerplatz frei ist, als von Ihnen gewünscht?**

- ja       nein, nur wie unter Punkt 7 angegeben

**9. Hat der/die Pflegebedürftige eine Vollmacht zur Betreuung o.ä. erteilt ?**

- ja       nein       wurde beantragt

**10. Ansprechpartner 1**

Name, Vorname : .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Ich habe eine:       Vollmacht       Betreuung      für den/die Pflegebedürftigen.

**11. Ansprechpartner 2**

Name, Vorname : .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Ich habe eine:       Vollmacht       Betreuung      für den/die Pflegebedürftigen.

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Wir freuen uns über eine kurze telefonische Information, falls Sie den Heimplatz nicht mehr in Anspruch nehmen wollen.**