

Fachbereich Altenhilfe

Aufnahmeantrag					Aufnahme-Datum:	
für Einrichtung			EZ <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/>		Zi.-Nr.	
Vorname, Name			Geburtsname:		Tel.-Nr.	
Geb. Datum:		Geb. Ort:		Staatsangehörigkeit:		
Familienstand: ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/>		geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/>		Konfession:		Empfehlung von:
Hausarzt Anschrift:			Einzug von:			
			Anschrift letzter Wohnort:			
Krankenkasse Anschrift/ KV-Nr.			Pflegekasse Anschrift / KV-Nr.			
Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:			Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:			
Tel.:			Tel.:			
Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:			Betreuername Anschrift:		Wirkungskreis	
Tel.:			Tel.:			
Name/Anschrift/Tel. Nr. der Person, die im Krankheits- oder Todesfall zu benachrichtigen ist:						
Pflegegrad		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
vollstationär		ab				
Kurzzeitpflege		von		bis		
Verhinderungspflege		von		bis		
Sondennahrung		Ja Nein		Inkontinenz		Ja Nein
Aufnahmekriterien		Meldet sich selbst! <input type="checkbox"/>		Bei freiem Platz anrufen! <input type="checkbox"/>		
Covid19-Impfstatus		unvollständig <input type="checkbox"/>		vollständig <input type="checkbox"/>	nicht geimpft <input type="checkbox"/>	

Fachbereich Altenhilfe

Rechnungsanschrift:		
Reicht das Einkommen aus zur Deckung der Heimpflegekosten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Selbstzahler?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe o. Heilfürsorge nach Beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits Kontakt mit der zuständigen Pflegekasse aufgenommen? Wenn ja, Vorabestufung oder Einstufung beifügen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits Kontakt mit dem zuständigen Sozialamt aufgenommen? Wenn ja, Anschrift, Ansprechpartner u. AZ des Sozialamtes. Sämtliche Rentenbescheide bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zentrale Lieferung durch Apotheke gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einzelzimmer gewünscht?:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich melde mich hiermit für eine Aufnahme zum: _____ verbindlich an.		
Ort/Datum	Unterschrift: _____	

Fachbereich Altenhilfe

Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung personenbezogener Daten

Hiermit willige ich,

geboren am

ein, dass meine oben angegebenen Daten durch das

zum Zwecke der Heimplatzvergabe gespeichert und ggf. an andere DRK-interne
Einrichtungen des Kreisverbandes Gifhorn weitergeleitet werden dürfen

Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Interessenten bzw. seines Vertreters