

A u f n a h m e a n t r a g

Datum:

1. Persönliche Daten

Einrichtung: DRK Seniorenzentrum Calberlah		Einzelzimmer Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zi.-Nr.	
Name, Vorname		Geburtsname:			Telefonnummer
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:			
Familienstand: ledig verheiratet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	geschieden verwitwet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Konfession:	Empfehlung von:

2. Kontaktpersonen

Hausarzt Anschrift:	Einzug von:		
	Anschrift letzter Wohnort:		
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:			

3. Pflege- und Vorsorgedaten

Pflegekasse Anschrift / KV-Nr.		Name Privatversicherung (Selbstzahler)		
Pflegegrad		2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>				
vollstationär		ab		
Kurzzeitpflege		von	bis	
Sondennahrung			Inkontinenz	
Patientenverfügung	vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beratung gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fachbereich Altenhilfe

Vorsorgevollmacht	vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beratung gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufnahmekriterien	Meldet sich selbst!	<input type="checkbox"/>	Bei freiem Platz anrufen!	<input type="checkbox"/>

4. Finanzielle Angaben

Rechnungsanschrift:		
Reicht das Einkommen aus zur Deckung des Eigenanteils? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bestehen offene Forderungen gegenüber einer Sozialstation, o.ä.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Liegt aktuell ein Insolvenzverfahren gegen Sie vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sind Ihnen negative Schufa-Einträge oder andere Bonitätsprobleme bekannt? <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? (Antrag zur) Vorabeinstufung oder Einstufung beifügen! <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie bereits Kontakt mit dem zuständigen Sozialamt aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Einwilligung zur Prüfung		
Ich willige ein, dass die Einrichtung im Rahmen der Aufnahme meine Bonität prüfen darf (z.B. Schufa-Abfrage) und bei Bedarf Rücksprache mit bekannten Kostenträgern oder anderen Leistungserbringern hält. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ansprechpartner bei finanziellen Fragen:	Name, Vorname	

5. Medikamenten- und Wäscheversorgung

Soll die Versorgung mit Medikamenten über die mit der Einrichtung kooperierende Apotheke erfolgen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Liegt eine Zuzahlungsbefreiung für Medikamente vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Einzelzimmer gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Soll die Wäscheversorgung über die mit der Einrichtung kooperierende Wäscherei erfolgen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ort/Datum	Unterschrift: _____	

**Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung
personenbezogener Daten**

Hiermit willige ich,

geboren am

ein, dass meine oben angegebenen Daten durch das

DRK Seniorenzentrum am Wasserturm, Am Wasserturm 7, 38518 Gifhorn

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

Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

Gifhorn,
(Ort, Datum)

Unterschrift des Interessenten bzw. seines Vertreters