

# Aufnahmeantrag

Datum:

## 1. Persönliche Daten

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

## 2. Kontaktpersonen

Hausarzt Anschrift:	Einzug von:		
	Anschrift letzter Wohnort:		
Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:	Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:		
Tel.:	Tel.:		
Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:	Betreuename 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) Vorabestufung 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: _____	

Fachbereich Altenhilfe

## 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