

FB Antrag auf Aufnahme

DRK-Seniorenzentrum Hinsbeck Marienheim

Landstraße 28

41334 Nettetal Hinsbeck

Telefon: 02153 - 122 361

Stationäre Pflege

1. **Vor- und Zuname**
2. **Adresse**
3. **Derzeitiger Aufenthalt**
4. **Geburtsdaten/-ort**
- Geburtsname**
5. **Familienstand** **6. Konfession** **7. Staatsangehörigkeit**
8. **Angehörige** a) Name
- Straße/PLZ/Ort
- wie verwandt Telefon:
- E-Mail** **Fax:**
- b) Name
- Straße/PLZ/Ort
- wie verwandt Telefon:
- E-Mail** **Fax:**
9. **Betreuer** Name
- (nach Betreuungsrecht) Straße/PLZ/Ort
- Telefon:
- E-Mail** **Fax:**
- Wirkungskreis der Betreuung
10. **Hausarzt** Name
- Straße/PLZ/Ort
- E-Mail** **Fax:**
11. **Krankenkasse/Pflegekasse:**
- Mitgliedsnr.:

Liegt bereits eine Einstufung durch die Pflegekasse vor? ja nein

Welcher? Pflegegrad 1 / Pflegegrad 2 / Pflegegrad 3 / Pflegegrad 4 / Pflegegrad 5

12. Besteht eine Bestätigung der Pflegebedürftigkeit? ja nein

13. Gewünschte Wohnform

Einzelzimmer 2-Personen-Zimmer Gewünschter Einzugsstermin
...../...../.....

a) Es besteht die Möglichkeit einzelne Kleinmöbel mitzubringen. Möchten Sie diese Möglichkeit nutzen?

ja nein

Wenn ja, welche

b) Möchten Sie ein Haustier mitbringen?

ja nein Wenn ja, welches

14. Kostenträger

a) Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

b) monatliches Einkommen/Rente in Euro

c) Art des Einkommen/Zahlende Stelle

15. Grund für die Aufnahme?

16. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden und in welcher Eigenschaft?

17. Liegt ein Impf-/ Genesenenstatus vor? ja nein

1. Impfung am: mit:

2. Impfung am: mit:

Genesenennachweis vom:

Erhalt einer weiteren Impfdosis am: mit:

18. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Datum, Ort

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden