

**Fachbereich Altenhilfe**

<b>Aufnahmeantrag</b>					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