

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

Datum:

1. Persönliche Daten

Einrichtung: DRK Heinrich-Warnecke-Haus		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		
Lieg 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