F- IV. 1.3.1 – 03 Anmeldung zur Aufnahme in unserer Einrichtung

Zuname: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Einzugstermin:

☐ vollstationäre Pflege

☐ Kurzzeitpflege: von _____ bis _____

Anschrift eines Angehörigen bzw. der Bezugsperson: *(Bitte max. 2 Bezugspersonen)*

1. verwandtschaftliches bzw. verwandtschaftliches Verhältnis **(Hauptansprechpartner/in)**

Zuname: _____

Vorname: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. verwandtschaftliches bzw. anderweitiges Verhältnis

Zuname: _____

Vorname: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Stehen Sie in einem Betreuungsverhältnis? ☐ ja ☐ nein

Anschrift der Betreuerin/ des Betreuers

Zuname: _____ Vorname: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Umfang der Betreuung (zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Vermögenssorge ☐ Postvollmacht

☐ Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung liegt vor ☐ ja ☐ nein

Einkommensverhältnisse

Art des Einkommens	Betrag

Bitte aktuelle Rentenbescheide in Kopie beifügen.
Wer trägt die Heimkosten/Zuzahlung:

☐ durch eigenes Einkommen
☐ Zuzahlung aus Vermögen
☐ Zuzahlung von Angehörigen
☐ Antrag auf Übernahme ungedeckter Kosten beim Sozialamt

Datum des Antrages:

zuständiges Sozialamt:

Kostenübernahme liegt vor ☐ ja ☐ nein

E-Mail für den Rechnungsempfang:

Bitte lassen Sie unsere **Anlage „Ärztlicher Fragebogen“** von Ihrem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt ausfüllen und legen Sie diese, diesem Formular bei.

Name der Hausärztin/ des Hausarztes: _____

Telefonnummer: _____

Sind Sie von den Zuzahlungen zu Arzneimitteln befreit? ☐ ja ☐ nein
(Sollte dies der Fall sein, legen Sie bitte Ihren Befreiungsausweis bei)

F- IV. 1.3.1 – 03 Anmeldung zur Aufnahme in unserer Einrichtung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor? ☐ ja ☐nein ☐beantragt

Wenn ja, welcher? _____

Kranken-/ Pflegekasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin: _____

Unterschrift des zukünftigen Bewohners/ der Bewohnerin: _____

Hinweis zum Datenschutz

Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten

Der Antragsteller übermittelt dem DRK Helmstedt personenbezogene Daten. Der Träger und seine Mitarbeiter sind zur Diskretion und zu einem vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Informationen und Daten verpflichtet. Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass der Träger und seine Mitarbeiter personenbezogene Daten, erhebt, verarbeitet, nutzt, speichert und aufbewahrt. Es werden nur solche Informationen erhoben und gespeichert, die zur Erfüllung des Vertrages gegenüber dem Träger und den Kostenträgern erforderlich sind. Nähere Informationen finden Sie im angehängten Informationsschreiben zum Datenschutz.