

## FB Antrag auf Aufnahme

DRK-Seniorenzentrum Hinsbeck-Marienheim

Landstr. 28

41334 Nettetal

Telefon: 02153 122-103/-104

### Stationäre Pflege

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es per Klick auf den rot umrandeten Button oder als Anhang per E-Mail an [verwaltung.hinsbeck@drk-hinsbeck.eu](mailto:verwaltung.hinsbeck@drk-hinsbeck.eu).

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 Einkommens/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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Wenn nicht Personengleichheit,  
Unterschrift des Aufzunehmenden