

FB Antrag auf Aufnahme

DRK-Seniorenzentrum Brüggen-Bracht

Brüggener Str. 49

41379 Brüggen

Telefon: 02157 149-121/-122

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.brueggen@drk-brueggen.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