FB Antrag auf Aufnahme

**DRK-Seniorenzentrum**

**Telefon:**

Vor- und Zuname

Adresse

Derzeitiger Aufenthalt

Geburtsdatum Geburtsort

Geburtsname

Familienstand Konfession Staatsangehörigkeit

Angehörige a) Name

Straße/PLZ/Ort

wie verwandt Telefon:

E-Mail Fax:

b) Name

Straße/PLZ/Ort

wie verwandt Telefon:

E-Mail Fax:

Vollmachtinhaber Name

Betreuer Name

(nach Betreuungsrecht) Straße/PLZ/Ort

Telefon:

E-Mail Fax:

Wirkungskreis der Betreuung

Hausarzt Name

Straße/PLZ/Ort

TelefonFax:

E-Mail

Krankenkasse/Pflegekasse: Versicherungsnummer: Befreit? Ja  nein

Liegt bereits eine Einstufung durch die Pflegekasse vor? Ja  nein

Grad? Pflegegrad 1  / Pflegegrad 2  / Pflegegrad 3  / Pflegegrad 4  / Pflegegrad 5

**Besteht eine Bestätigung der Pflegebedürftigkeit?** ja nein

**Gewünschte Wohnform**

Einzelzimmer 2-Personen-Zimmer **Gewünschter Einzugstermin**

/ /

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

**Kostenträger Sozialamt**

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 Einkommen/Zahlende Stelle

**Grund für die Aufnahme?**

**Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden und in welcher Eigenschaft?**

**Liegen Impfnachweise vor?**  ja  nein

**Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen**   Datum, Ort

Unterschrift des Antragstellers Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden