



# Bayerisches Rotes Kreuz

Kreisverband Neuburg-Schrobenhausen

Seniorenzentrum  
Richard-Wagner-Straße 18  
86633 Neuburg/Donau  
Tel. 0 84 31 / 67 78 - 0  
Fax. 0 84 31 / 67 78 - 680  
e-mail: sz@kvndsob.brk.de  
www.brk-seniorenzentrum-neuburg.de

## Anmeldung zur Heimaufnahme

- Pflegebereich vollstationär
  - Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
  - Wohnen für Rüstige
  - Tagespflege
- baldmöglichst
  - vorsorglich
  - Einbettzimmer
  - Zweibettzimmer

(Eingangsstempel)

<b>1. Persönliche Angaben</b>	
Name / Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Anschrift	
derzeitiger Aufenthalt	
seit _____	Station Tel.Durchwahl _____
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Früherer Beruf	
<b>2. Angaben zu den Angehörigen</b>	
1. Angehöriger	
Anschrift	
Telefon-Nummer	<input type="checkbox"/> privat _____ <input type="checkbox"/> dienstlich _____ <input type="checkbox"/> mobil _____
Verwandtschaftsgrad	

<b>2. Angehöriger</b>			
Anschrift			
Telefon-Nummer	<input type="checkbox"/> privat		
	<input type="checkbox"/> dienstlich		
	<input type="checkbox"/> mobil		
Verwandtschaftsgrad			
<b>3. Betreuer m. Ausweis/Bevollmächtigter</b>			
Anschrift			
Telefon-Nummer	<input type="checkbox"/> privat		
	<input type="checkbox"/> dienstlich		
	<input type="checkbox"/> mobil		
<b>4. Hausarzt</b>			
Anschrift			
Erreichbarkeit		Tel. _____ Fax _____ e-mail _____	
<b>5. Krankenkasse/ Pflegekasse</b>			
Anschrift			
Vers.Nummer			
Rezeptgebührenbefreiung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
derzeitige Hilfsmittel v. d. KK od. Eigentum		<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehwagen <input type="checkbox"/> sonstiges _____
Beihilfeberechtigung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Beihilfestelle _____                      Vers.Nr. _____	
Pflegegrad		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____ <input type="checkbox"/> beantragt
<b>6. Kostenträger</b>		<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
		<input type="checkbox"/> Rente                      ca. € _____	
		<input type="checkbox"/> Vermögen/Ersparnis                      ca. € _____	
		<input type="checkbox"/> Sozialhilfe: Antrag gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
		am _____ bei _____	
		beigefügt ist <input type="checkbox"/> Kopie des Antrages <input type="checkbox"/> Kopie des Bescheides	
<b>7. Schwerbehinderung</b>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____ % gültig bis _____ <input type="checkbox"/> beantragt

<b>8. Verfügungen</b>	<input type="checkbox"/> Betreuungsv.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Patientenv.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> sonstige V.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Nachlassverf.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Bestattungsvertrag mit _____		
<b>9. Anzumeldende Person</b>	<input type="checkbox"/> lebt alleine		
	<input type="checkbox"/> lebt alleine; Versorgung durch ambulanten Pflegedienst		
	<input type="checkbox"/> wird versorgt von Ehegatten		
	<input type="checkbox"/> wird versorgt von Angehörigen im Haus		
	<input type="checkbox"/> wird versorgt von Angehörigen außer Haus		
	<input type="checkbox"/> Alten-/Pflegeheim in _____		
	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege / Tagespflege		
<b>Zu Statistikzwecken: Aufzunehmender ist BRK-Fördermitglied</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Auf das BRK-Senioren- zentrum Neuburg bin ich aufmerksam geworden</b>	<input type="checkbox"/> Empfehlung von: Herrn / Frau _____ Mitarbeiter des Seniorenzentrums <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Berichterstattung Medien <input type="checkbox"/> Prospekt / Hausflyer etc. <input type="checkbox"/> Adressenverzeichnis <input type="checkbox"/> Sonstiges		

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass durch die Ausfüllung des Antrags kein Anspruch auf eine Aufnahme besteht. Gravierende Änderungen müssen der Einrichtung umgehend gemeldet werden.

Der ärztliche Fragebogen ist zwingender Bestandteil der Anmeldung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der anzumeldenden Person

**Anlage:**

- Ärztlicher Fragebogen
- Kopie Antrag Kostenübernahme bei der zuständigen Sozialhilfeverwaltung
- Kopie des Betreuerausweises
- Kopie Schwerbehindertenausweis
- Kopie Bescheid Pflegeeinstufung