



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

(Eingangsstempel)

- Pflegebereich vollstationär (PG 1 – PG 5)
- Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
- Pflegebereich off. Gerontopsychiatrie
- Tagespflege

- baldmöglichst
- vorsorglich

- Einbettzimmer
- Zweibettzimmer

1. Persönliche Angaben

Name / Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Anschrift	
derzeitiger Aufenthalt	
seit	Station Tel. Durchwahl
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Früherer Beruf	

2. Angaben zu den Angehörigen

1. Angehöriger	
Anschrift	
Telefon-Nummer	<input type="checkbox"/> privat
	<input type="checkbox"/> dienstlich
	<input type="checkbox"/> mobil
	<input type="checkbox"/> e-mail
Verwandtschaftsgrad	

2. Angehöriger			
Anschrift			
Telefon-Nummer	<input type="checkbox"/> privat		
	<input type="checkbox"/> dienstlich		
	<input type="checkbox"/> mobil		
	<input type="checkbox"/> e-mail		
Verwandtschaftsgrad			
3. Betreuer m. Ausweis/Bevollmächtigter			
Anschrift			
Telefon-Nummer	<input type="checkbox"/> privat		
	<input type="checkbox"/> dienstlich		
	<input type="checkbox"/> mobil		
	<input type="checkbox"/> e-mail		
4. Hausarzt			
Anschrift			
Erreichbarkeit		Tel. _____	Fax _____ e-mail _____
5. Krankenkasse/ Pflegekasse			
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
6. Kostenträger		<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	
7. Schwerbehinderung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ % gültig bis _____	<input type="checkbox"/> beantragt

8. Verfügungen	<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 _____		
9. Anzumeldende Person	<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		
Zu Statistikzwecken: Aufzunehmender ist BRK-Fördermitglied	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Auf das BRK-Senioren- zentrum Neuburg bin ich aufmerksam geworden	<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