



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 offene Gerontopsychiatrie (**kein** beschützender Bereich)
☐ Tagespflege
- ☐ baldmöglichst ☐ vorsorglich

1. Persönliche Angaben

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

2. Angaben zu den Angehörigen

1. Angehöriger	
Anschrift	
Telefon-Nummer	☐ privat
	☐ dienstlich
	☐ mobil
	☐ e-mail
Verwandtschaftsgrad	

2. Angehöriger			
Anschrift			
Telefon-Nummer	☐ privat		
	☐ dienstlich		
	☐ mobil		
	☐ e-mail		
Verwandtschaftsgrad			
3. Betreuer m. Ausweis/Bevollmächtigter			
Anschrift			
Telefon-Nummer	☐ privat		
	☐ dienstlich		
	☐ mobil		
	☐ e-mail		
4. Hausarzt			
Anschrift			
Erreichbarkeit	Tel. _____	Fax _____	e-mail _____
5. Krankenkasse/ Pflegekasse			
Anschrift			
Vers.Nummer			
Rezeptgebühren-befreiung	☐ ja ☐ nein		
derzeitige Hilfsmittel v. d. KK od. Eigentum	☐ Rollstuhl	☐ Gehwagen	☐ sonstiges _____
Beihilfeberechtigung	☐ nein		
	☐ ja Beihilfestelle _____		Vers.Nr. _____
Pflegegrad	☐ nein	☐ ja, welche _____	☐ beantragt
6. Kostenträger		☐ Selbstzahler	
	☐ Rente ca. € _____		
	☐ Vermögen/Ersparnis ca. € _____		
	☐ Sozialhilfe: Antrag gestellt ☐ nein ☐ ja		
7. Schwerbehinderung		☐ nein	☐ ja _____ % gültig bis _____
		☐ beantragt	

8. Anzumeldende Person	☐ lebt allein
	☐ wird versorgt von Angehörigen
	☐ Versorgung durch ambulanten Pflegedienst
Auf das BRK-Seniorenzentrum Neuburg bin ich aufmerksam geworden	☐ Empfehlung von: Herrn / Frau _____ Mitarbeiter des Seniorenzentrums ☐ ja ☐ nein ☐ Medien / Internet ☐ 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