



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

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		<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/Erspartes ca. € _____	
		<input type="checkbox"/> Sozialhilfe: Antrag gestellt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
7. Schwerbehinderung			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ % gültig bis _____	<input type="checkbox"/> beantragt

8. Anzumeldende Person	<input type="checkbox"/> lebt allein
	<input type="checkbox"/> wird versorgt von Angehörigen
	<input type="checkbox"/> Versorgung durch ambulanten Pflegedienst
Auf das BRK-Seniorenzentrum 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"/> Medien / Internet <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