

		Aufnahmeantrag				Aufnahme-Datum:	
für Einrichtung		HWH <input type="checkbox"/>		FAH <input type="checkbox"/>		CAL <input type="checkbox"/>	
Name/Vorname		EZ <input type="checkbox"/>	DZ <input type="checkbox"/>	Zi.-Nr.		Tel.-Nr.	
Geburtsname		Geb. Datum:	Geb. Ort:		Staatsangehörigkeit:		
Familienstand: ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/>		geschieden <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/>		Konfession:	Empfehlung von:	
Hausarzt Anschrift:				Einzug von:			
				Anschrift letzter Wohnort:			
Krankenkasse Anschrift/ KV-Nr.				Pflegekasse Anschrift / KV-Nr.			
Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:				Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:			
Tel.:				Tel.:			
Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:		Betreuername Anschrift:			Wirkungskreis		
Tel.:		Tel.:					
Name/Anschrift/Tel. Nr. der Person, die im Krankheits- oder Todesfall zu benachrichtigen ist:							
Pflegegrad		1	2	3	4	5	
Vollstationär		Ab					
Kurzzeitpflege		Von		Bis			
Verhinderungspflege		Von		Bis			
Sondennahrung		Ja / Nein		Inkontinenz		Ja / Nein	
Aufnahmekriterien		Meldet sich selbst! <input type="checkbox"/>			Bei freiem Platz anrufen! <input type="checkbox"/>		

Rechnungsanschrift:		
Reicht das Einkommen aus zur Deckung der Heimpflegekosten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Selbstzahler?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe o. Heilfürsorge nach Beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits Kontakt mit der zuständigen Pflegekasse aufgenommen? Wenn ja, Vorabestufung oder Einstufung beifügen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits Kontakt mit dem zuständigen Sozialamt aufgenommen? Wenn ja, Anschrift, Ansprechpartner u. AZ des Sozialamtes. Sämtliche Rentenbescheide bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zentrale Lieferung durch Apotheke gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einzelzimmer gewünscht?:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich melde mich hiermit für eine Aufnahme zum:		verbindlich an.
Ort/Datum	Unterschrift:	

		Verteiler:	PDL, VD, HL		DRK- stat. Pflege		Seite 2 von 3
		Änderungsstand:	1	Auflage:		Doku.-Nr.:	60-204
erstellt am:	15.11.01	geändert am:	12.02.10	freigegeben am:	11.11.08	Stichwort:	BW-Unterlagen
erstellt von:	QZ VD	geändert von:	QMB-E	freigegeben von:	HL	Hersteller:	

**Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung
personenbezogener Daten**

Hiermit willige ich,

geboren am

ein, dass meine oben angegebenen Daten durch das

Pflegewohnhaus Calberlah, An der Sporthalle 4, 38547 Calberlah

zum Zwecke der Heimplatzvergabe gespeichert und ggf. an andere DRK-interne
Einrichtungen des Kreisverbandes Gifhorn weitergeleitet werden dürfen

Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

Calberlah,
(Ort, Datum)

Unterschrift des Interessenten bzw. seines Vertreters

		Verteiler:	PDL, VD, HL		DRK- stat. Pflege		Seite 1 von 3
		Änderungsstand:	1	Auflage:		Doku.-Nr.:	60-204
erstellt am:	15.11.01	geändert am:	12.02.10	freigegeben am:	11.11.08	Stichwort:	BW-Unterlagen
erstellt von:	QZ VD	geändert von:	QMB-E	freigegeben von:	HL	Hersteller:	