FB Antrag auf Aufnahme

**DRK-Seniorenzentrum**

**Telefon:**

Vor- und Zuname

Adresse

Derzeitiger Aufenthalt

Geburtsdatum Geburtsort

Geburtsname

 Familienstand Konfession Staatsangehörigkeit

 Angehörige a) Name

 Straße/PLZ/Ort

 wie verwandt Telefon:

 E-Mail Fax:

 b) Name

 Straße/PLZ/Ort

 wie verwandt Telefon:

 E-Mail Fax:

Vollmachtinhaber Name

 Betreuer Name

(nach Betreuungsrecht) Straße/PLZ/Ort

 Telefon:

 E-Mail Fax:

Wirkungskreis der Betreuung

 Hausarzt Name

 Straße/PLZ/Ort

 TelefonFax:

E-Mail

Krankenkasse/Pflegekasse: Versicherungsnummer: Befreit? Ja [ ]  nein [ ]

Liegt bereits eine Einstufung durch die Pflegekasse vor? Ja [ ]  nein [ ]

 Grad? Pflegegrad 1 [ ]  / Pflegegrad 2 [ ]  / Pflegegrad 3 [ ]  / Pflegegrad 4 [ ]  / Pflegegrad 5 [ ]

 **Besteht eine Bestätigung der Pflegebedürftigkeit?** ja[ ]  nein [ ]

 **Gewünschte Wohnform**

Einzelzimmer 2-Personen-Zimmer **Gewünschter Einzugstermin**

[ ]  [ ]  / /

 a) Es besteht die Möglichkeit einzelne Kleinmöbel mitzubringen. Möchten Sie diese Möglichkeit nutzen? ja [ ]  nein [ ]

 Wenn ja, welche

 b) Möchten Sie ein Haustier mitbringen?

ja [ ]  nein [ ]  Wenn ja, welches

 **Kostenträger Sozialamt**

a) Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja [ ]  nein [ ]

 Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

 b) monatliches Einkommen/Rente in Euro

 c) Art des Einkommen/Zahlende Stelle

 **Grund für die Aufnahme?**

**Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden und in welcher Eigenschaft?**

**Liegen Impfnachweise vor?**  ja [ ]  nein [ ]

 **Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen**   Datum, Ort

Unterschrift des Antragstellers Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden