

Fachbereich Altenhilfe

Aufnahmeantrag

Datum:

1. Persönliche Daten

Einrichtung: DRK Seniorenzentrum am Wasserturm		Einzelzimmer ☐	Zi.-Nr.
		Doppelzimmer ☐	
Name, Vorname		Geburtsname:	Telefonnummer
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Familienstand: ledig ☐		geschieden ☐	Konfession:
verheiratet ☐		verwitwet ☐	Empfehlung von:

2. Kontaktpersonen

Hausarzt Anschrift:	Einzug von:		
	Anschrift letzter Wohnort:		
Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:	Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:		
Tel.:	Tel.:		
Angehörige Anschrift/ Verwandtschaftsgrad:	Betreuename Anschrift:	Wirkungskreis	
Tel.:	Tel.:		
Name/Anschrift/Tel. Nr. der Person, die im Krankheits- oder Todesfall zu benachrichtigen ist:			

3. Pflege- und Vorsorgedaten

Pflegekasse Anschrift / KV-Nr.		Name Privatversicherung (Selbstzahler)			
Pflegegrad	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	
vollstationär	ab				
Kurzzeitpflege	von		bis		
Sondennahrung			Inkontinenz		
Patientenverfügung	vorhanden	☐ ja ☐ nein	Beratung gewünscht	☐ ja ☐ nein	

Fachbereich Altenhilfe

Vorsorgevollmacht	vorhanden	☐ ja ☐ nein	Beratung gewünscht	☐ ja ☐ nein
Aufnahmekriterien	Meldet sich selbst!	☐	Bei freiem Platz anrufen!	☐

4. Finanzielle Angaben

Rechnungsanschrift:		
Reicht das Einkommen aus zur Deckung des Eigenanteils?	☐ ja	☐ nein
Bestehen offene Forderungen gegenüber einer Sozialstation, o.ä.?	☐ ja	☐ nein
Liegt aktuell ein Insolvenzverfahren gegen Sie vor?	☐ ja	☐ nein
Sind Ihnen negative Schufa-Einträge oder andere Bonitätsprobleme bekannt?	☐ ja	☐ nein
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe o. Heilfürsorge nach Beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie bereits Kontakt mit der zuständigen Pflegekasse aufgenommen? (Antrag zur) Vorabestufung oder Einstufung beifügen!	☐ ja	☐ nein
Haben Sie bereits Kontakt mit dem zuständigen Sozialamt aufgenommen?	☐ ja	☐ nein
Einwilligung zur Prüfung		
Ich willige ein, dass die Einrichtung im Rahmen der Aufnahme meine Bonität prüfen darf (z.B. Schufa-Abfrage) und bei Bedarf Rücksprache mit bekannten Kostenträgern oder anderen Leistungserbringern hält.	☐ ja	☐ nein
Ansprechpartner bei finanziellen Fragen:	Name, Vorname	

5. Medikamenten- und Wäscheversorgung

Soll die Versorgung mit Medikamenten über die mit der Einrichtung kooperierende Apotheke erfolgen?	☐ ja	☐ nein
Liegt eine Zuzahlungsbefreiung für Medikamente vor?	☐ ja	☐ nein
Einzelzimmer gewünscht?:	☐ ja	☐ nein
Soll die Wäscheversorgung über die mit der Einrichtung kooperierende Wäscherei erfolgen?	☐ ja	☐ nein
Ort/Datum	Unterschrift: _____	

Fachbereich Altenhilfe

Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung personenbezogener Daten

Hiermit willige ich,

geboren am

ein, dass meine oben angegebenen Daten durch das

DRK Seniorenzentrum am Wasserturm, Am Wasserturm 7, 38518 Gifhorn

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

Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

Gifhorn,
(Ort, Datum)

Unterschrift des Interessenten bzw. seines Vertreters