

**Fachbereich Altenhilfe**

<h1>Aufnahmeantrag</h1>		Aufnahme-Datum:					
für Einrichtung		HWH <input type="checkbox"/>		SaW <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"/>		geschieden <input type="checkbox"/>		Konfession:		Empfehlung von:	
verheiratet <input type="checkbox"/>		verwitwet <input type="checkbox"/>					
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		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
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"/>		
Covid19-Impfstatus		unvollständig <input type="checkbox"/>		vollständig <input type="checkbox"/>		nicht geimpft <input type="checkbox"/>	

Fachbereich Altenhilfe

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:	

Fachbereich Altenhilfe

## Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung personenbezogener Daten

Hiermit willige ich,

geboren am

---

ein, dass meine oben angegebenen Daten durch das

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

---