

Wird von der Einrichtung ausgefüllt

Aufnahmedatum:

Zimmer:

ANMELDUNG

DRK Pflegeheim „Florence“, Bräunlinger Straße 8, 01728 Bannewitz**Angaben zur Person** (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____ Geburtsname: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße/ Nr.: _____ Geburtsort: _____
PLZ/ Ort: _____ Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

- vollstationäre Pflegeeinrichtung (Name) _____
 Kurzzeitpflege (Name) _____
 Rehaeinrichtung (Name) _____
 Krankenhaus (Name) _____
 zu Hause

Familienstand: verheiratet ledig verwitwet geschieden**Staatsangehörigkeit:** Deutsch _____**Beruf:** _____**Konfession:** Kath. Evang. sonstige _____ keine**Pflegegrad** (Bewilligungsbescheid der Pflegekasse liegt vor): Ja ☎ Bitte Kopie Antrag auf vollstationäre Pflege vorlegen! Nein ☎ Bitte Kopie Antrag auf vollstationäre Pflege vorlegen! 1 2 3 4 5 Pflegegrad beantragt am: _____

Angehörige bzw. Vertrauensperson:

1. Ansprechpartner/ Rechnungsempfänger

weitere Angehörige/ weitere Vertrauensperson

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Angehörigenart: _____

Angehörigenart: _____

Straße/ Nr.: _____

Straße/ Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Gibt es eine Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht / etc.? Ja vom: _____ Nein

📎 Wenn ja, bitte Kopie der Vollmacht beifügen!

Wenn Ja:

Name: _____

PLZ/ Ort: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Straße/ Nr.: _____

Fax: _____

Wirkungskreis der Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht / etc.:

 Aufenthaltsbestimmung Vermögenssorge Gesundheitssorge heim- und pflegerechtliche Angelegenheiten Sonstiges: _____**Betreuer nach Betreuungsrecht:** 📎 Bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen!

Name, Vorname: _____

Betreuungsverein: _____

Straße/ Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

Fax: _____

Wirkungskreis der Betreuung:

 Aufenthaltsbestimmung Vermögenssorge Gesundheitssorge heim- und pflegerechtliche Angelegenheiten

Zuständige Kranken- und Pflegekasse:

 Vollständiger Name Krankenkasse/ Pflegekasse: _____

 Mitgliedsnummer mit Statusnummer: _____

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

☺ Bitte die entsprechenden Bescheide vorlegen!

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

Kostenträger:

- Selbstzahler
 Sozialamt
 Sozialhilfebescheid liegt vor
 Sozialhilfe beantragt am:
 Sonstige (z. B. Versorgungsamt)

☺ Bitte Kopie des Sozialhilfebescheides beilegen!

Kostenträger: _____

Aktenzeichen: _____

Straße/ Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ PLZ/ Ort: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße/ Nr.: _____ Fax: _____

Grund der Heimaufnahme / Diagnose:

Pflegerische Besonderheiten:

zuletzt häufig gestürzt Ernährung (Diät, Allergie, Mangelernährung) _____

Weglauftendenz _____

Aufnahmeinformation

baldig vorsorglich Monat: _____ /Jahr: _____

Erstbesuch: Erstbesuch erwünscht: Ja Nein

Wenn ja: **Termin** Datum/Uhrzeit: _____

nicht möglich, da kurzfristige Entlassung aus dem Krankenhaus/ Rehabilitation

Nach Besichtigung unserer Seniorenresidenz und ausführlicher Beratung melde ich mich hiermit an/
melde ich meine/n o. g. Angehörige/n – in Wahrnehmung meiner Vorsorgevollmacht/
Betreuungsverfügung an.

Gewünschtes Bestattungsinstitut :

Unternehmen: _____ PLZ/ Ort: _____

Straße/ Nr.: _____ Telefon: _____

Bestattungswünsche: _____

Hospizdienst: Ja Nein

Seelsorge: Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der HL/ PDL