

Aufnahmeantrag

Name der Einrichtung:	Straße:	PLZ und Ort:
Tel.: 07031 – 6904 614	Fax: 07031 – 6904 4591	E-Mail: pflege@drkbb.org

<input type="checkbox"/> Langzeitpflege ab:			
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von:		bis	<input type="checkbox"/> Warteliste Anmeldung wird max. 3 Monate verwahrt!
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> akzeptiert vorübergehend Doppelzimmer	
Für das Pflegeheim: 1.		2.	

1. Personalien

Nachname	Vorname	
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsdatum
Religion	Familienstand	Staatsangehörigkeit
Straße	PLZ/Ort	
Derzeitiger Aufenthalt	Hausarzt	
Telefon	Mobiltelefon	
Pflegekasse Name und Ort	Versicherungsnummer	
Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Einstufung läuft	

2. Anschrift der nächsten Angehörigen

Nachname, Vorname	Verwandtschaftsgrad
Telefonnr.	Mobilnr.
Straße	PLZ und Ort
E-Mail	
Nachname, Vorname	Verwandtschaftsgrad
Telefonnr.	Mobilnr.
Straße	PLZ und Ort
E-Mail	

Notariell bestellter Betreuer:

3. Finanzierung:

☐ Selbstzahler ☐ Zuzahlung Sozialamt, zuständiges Sozialamt:

Die Kostenübernahme muss vor der Heimaufnahme geklärt sein!

Datum

Unterschrift des Antragstellers