

## 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