


Bayerisches Rotes Kreuz  Kreisverband Forchheim Seniorenzentrum am Königsbad- Pflegeheim	Qualitätsmanagement – Handbuch	Formulare Anmeldung zur Heimaufnahme
	Organisation Einzug	

Anmeldung zur Heimaufnahme

Persönliche Angaben der aufzunehmenden Person

Name:		Geburtsname:	
Vorname(n):		Geburtsdatum:	
		Geburtsort/Land:	
Staatsangehörigkeit		Religion:	
Familienstand	ledig <input type="checkbox"/>	Adresse (polizeilich angemeldet)	Straße:
	verheiratet <input type="checkbox"/>		Ort:
	geschieden <input type="checkbox"/>		PLZ :
	verwitwet <input type="checkbox"/>		
Derzeitiger Aufenthalt <i>(nur ausfüllen wenn Aufenthalt nicht zuhause ist vor Einzug)</i>	Einrichtung/ Reha/Pflegeheim <input type="checkbox"/> Name/Station:	Telefon:	
	Krankenhaus <input type="checkbox"/> Name/Station:	Telefon:	

Bezugspersonen – Kinder – sonst. Angehörige:


Name/Verwandtschaftsgrad	Anschrift:	Telefon/Handy/E-Mail
Vor.-Nachname:		Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Bezug:		E-Mail: _____
		Telefon: _____
Vor.-Nachname:		Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Bezug:		E-Mail: _____
		Telefon: _____
Vor.-Nachname:		Handy: _____
Verwandtschaftsgrad/Bezug:		E-Mail: _____
		Telefon: _____

Gerichtliche Betreuung ? (Beschluss vom Amtsgericht muss vorliegen bzw. Betreuerausweis)

Vor.-Nachname:	Anschrift:	Handy: _____
		E-Mail: _____
		Telefon: _____

Bevollmächtigte/r ?

Vollmacht <input type="checkbox"/>	Generalvollmacht <input type="checkbox"/>	Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/>
Name:	Anschrift:	Handy: _____
		E-Mail: _____
		Telefon: _____

Bayerisches Rotes Kreuz  Kreisverband Forchheim Seniorenzentrum am Königsbad- Pflegeheim	Qualitätsmanagement – Handbuch	Formulare Anmeldung zur Heimaufnahme
	Organisation Einzug	

Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Einzelzimmer Doublette <input type="checkbox"/>	Einzelzimmer R- Ausführung <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
Vollstationäre Pflege ab:			
Kurzzeitpflege (16 Tage) von		bis	
Verhinderungspflege (17 Tage, erst nach Kurzzeitpflege möglich) von		bis	

Angaben zur Krankenkasse / Hausarzt/Pflegegrad/Covid-19 Impfstatus

Krankenkasse :	Versicherungs-Nr.
Hausarzt aktuell:	Behandelnder Arzt im Heim (<i>nur wenn ein neuer Arzt benötigt wird</i>):
Pflegegrad : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, dann welcher :	
Covid-19 Impfstatus:	

Angaben zu Einkommensverhältnissen

Art des Einkommens	Rente <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> (bitte Benennen)
Zuzahlung aus Barvermögen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kosten werden vom Bezirk (<i>Sozialhilfe</i>) übernommen	ja <input type="checkbox"/> nein, Rente/Einkommen genügt <input type="checkbox"/> Antrag muss erst gestellt werden <input type="checkbox"/>

Bemerkungen / Ergänzungen / Wünsche / wichtige Infos zur aufzunehmenden Person

Angaben zur Antragstellung falls abweichend vom Bewohner/in

Name des Antragssteller: _____

Anschrift / Telefon: _____

Verhältnis zum
Aufzunehmenden: _____

Datum/Unterschrift des Antragsstellers: _____

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden: _____
(wenn möglich)