



Zuname: _____ Geburtsname: _____
Vorname: _____ Familienstand: _____
Geburtstag: _____ Geb.- Ort: _____
Straße/ Hausnr.: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ Konfession: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Einzugstermin:

- vorsorgliche Anmeldung – Einzug zu einem späteren Zeitpunkt
 schnellstmöglich vollstationäre Pflege
 Kurzzeitpflege: von _____ bis _____

Derzeitiger Aufenthaltsort, falls dieser von der oben angegebenen Adresse abweicht:

Straße/ Hausnr.: _____ Ansprechpartner: _____
PLZ und Ort: _____ Telefonnummer: _____

Sind Sie von den Zuzahlungen zu Arzneimitteln befreit? ja nein
(Sollte dies der Fall sein, legen Sie bitte Ihren
Befreiungsausweis bei.)

Anschrift eines Angehörigen bzw. der Bezugsperson:

1. verwandtschaftliches bzw.
anderweitiges Verhältnis:

2. verwandtschaftliches bzw.
anderweitiges Verhältnis:

Zuname: _____
Geburtsname: _____
Vorname: _____
Straße/ Hausnr.: _____
PLZ und Ort: _____
Telefon: _____

Zuname: _____
Geburtsname: _____
Vorname: _____
Straße/ Hausnr.: _____
PLZ und Ort: _____
Telefon: _____

Stehen Sie in einem Betreuungsverhältnis? ja nein

Erstellt am: 12.09.2005	Verteiler: MA Verwaltung	Geändert am: Sept. 2018	Freigegeben am: 23.09.2018
Erstellt von: QZ PHM / QMB	Revision: 8	Geändert von: QMB	Freigegeben von:
	Ersetzt Revision: 7	Prozessverantwortlicher: EL	Fr. Weinert
F. IV 1.3.1-03	Geplante Revision	Aufbewahrungsort: QM Formular-Ordner	Seite 1 von 2

DRK Helmstedt
vollstationäre Pflegeeinrichtungen
HBK IV Unterstützende Prozesse
**F- IV. 1.3.1 – 03 Anmeldung zur Aufnahme in
 unserer Einrichtung**



Anschrift der/des BetreuerIn/ s

Zuname: _____ Vorname: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____ Telefon: _____

Umfang der Betreuung:

Gesundheitspflege Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge Postvollmacht

Vorsorgevollmacht

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte lassen Sie unsere **Anlage „Ärztlicher Fragebogen“** von Ihrem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt ausfüllen und legen Sie diese, diesem Formular bei.

Name des Hausarztes: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____ Telefon: _____

Liegt bereits ein Pflegegrad vor? ja nein

wenn ja, welchen? _____ Kranken-/ Pflegekasse: _____

Straße/ Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____

Sollten Sie noch weitere offene Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Unterschrift des Antragstellers: _____

Unterschrift des zukünftigen Bewohners: _____

Hinweis zum Datenschutz

Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten

Der Antragsteller übermittelt dem DRK Helmstedt personenbezogene Daten. Der Träger und seine Mitarbeiter sind zur Diskretion und zu einem vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Informationen und Daten verpflichtet. Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass der Träger und seine Mitarbeiter personenbezogene Daten, erheben, verarbeiten, nutzen, speichern und aufbewahrt. Es werden nur solche Informationen erhoben und gespeichert, die zur Erfüllung des Vertrages gegenüber dem Träger und den Kostenträgern erforderlich sind. Nähere Informationen finden Sie im angehängten Informationsschreiben zum Datenschutz.