

Anmeldung zur Aufnahme in der DRK-Seniorenresidenz Carolinenhöhe

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Nachname	
Vorname	
Ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Aktuelle Adresse Straße / Hausnummer PLZ / Wohnort	
Telefonnummer Mobilnummer E-Mail	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Hausarzt	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> Beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Krankenkasse Versichertennummer	
Rentenbescheid	In Kopie beifügen
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja (in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Nein
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?	<input type="checkbox"/> Ja, ich bin Selbstzahler Rechnungsadresse: <input type="checkbox"/> Nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen <input type="checkbox"/> Kostenzusage (Bitte Bescheid beifügen)
Besteht eine gesetzliche Betreuung oder eine Bevollmächtigung	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Nein
Name des Betreuers / Bevollmächtigten Straße PLZ Wohnort Telefonnummer Mobilnummer Faxnummer E-Mail	
Daten zum Einzug	
Gewünschter Aufnahmetermin	
Gewünschte Aufnahmeart	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> KZP + LZP
Zimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
Hilfsmittel, die mitgebracht werden	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Wichtige Angehörige	
1.	
Name / Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Anschrift	
Telefonnummer	
Mobilnummer	
E-Mail	
Person darf Auskunft über Sie erteilt werden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer Mobilnummer E-Mail	
	Person darf Auskunft über Sie erteilt werden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Unterstützung

Gerne unterstützen wir Sie bei Ihrem Umzug in unser Haus. Was können wir für Sie tun?

- Beratung über geeigneten Fahrdienst für den Transfer in die Pflegeeinrichtung
- Hilfe beim Einrichten Ihres Zimmers in der Pflegeeinrichtung
- Hilfe bei der Suche nach einem neuen Hausarzt
- Hilfe bei der Auswahl von benötigten Therapeuten (z.B. Physiotherapeut, Logopäde)
- Hilfe bei der Suche nach Friseur, Fußpflege usw.
- Hilfe bei der Kontaktaufnahme zur lokalen Kirchengemeinde
- Sonstiges:

Sollten Sie kein Interesse mehr an einer Aufnahme haben, geben Sie uns bitte Bescheid.

Datum, Unterschrift des/der Pflegebedürftigen

Ggf. Datum, Unterschrift gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter