

Antrag auf Heimaufnahme
DRK-Seniorenheim Steinbrecherstraße 5 in Braunschweig

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig und wahrheitsgemäß aus. Die rotmarkierten Felder werden von der Verwaltung ausgefüllt.

- Kurzzeitpflege von _____ bis _____ Anzahl Tage _____ Datum Einzug: _____
 Vollstationäre Pflege ab _____ Zimmer Nr. _____ WB _____
 Zimmerwunsch Einzel- Doppelzimmer Vertrag Pflegegrad _____

Angaben zur/zum Bewohner/in

Familienname _____ Geburtsname _____
 Vorname(n) _____ Geburtsort _____
 Familienstand _____ Geburtsdatum _____
 Staatsangeh.k. _____ Konfession _____
 Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Angaben zur/zum Angehörigen/Vertrauensperson

Familienname _____ Vorname _____
 Verwandtschaftsverhältnis _____ Telefon _____
 Straße _____ Handy _____
 PLZ, Wohnort _____ Mail _____

Angaben zu weiteren Angehörigen/Vertrauensperson

Familienname _____ Vorname _____
 Verwandtschaftsverhältnis _____ Telefon _____
 Straße _____ Handy _____
 PLZ, Wohnort _____ Mail _____

Angaben zum/zur Betreuerin nach Betreuungsrecht (Betreuerausweis/Vollmacht beilegen)

Familienname _____ Vorname _____
 Firma _____ Telefon _____
 Straße _____ Handy _____
 PLZ, Wohnort _____ Mail _____
 Berechtigung zur Unterschrift des Heimvertrages: _____

Krankenkasse _____ Mitgliedsnr. _____
 Versicherungsverhältnis Gesetzlich Privat

Erstellt am: 17.01.2022	Prozess: Heimaufnahme
Freigabe am: _____ von: _____	Dokumentnummer: C.1.4
Dokumententitel: Antrag auf Heimaufnahme	Versionsnummer: 4

Pflegegrad _____ ist bescheinigt (Beleg bitte beifügen)

Antrag läuft seit _____

Überprüfung beantragt am _____

Zuzahlungsbefreiung Nein Ja (Beleg bitte beifügen)

Angaben zum Hausarzt/ zur Hausärztin

Name _____ Vorname _____

Praxis _____ Telefon _____

Straße _____ Fax _____

PLZ, Ort _____ Mail _____

Kommt Hausarzt zur weiteren Betreuung ins Haus? Nein Ja

1. Covid-Impfung Datum und Impfstoff _____
2. Covid-Impfung Datum und Impfstoff _____
3. Covid-Impfung Datum und Impfstoff _____

(bitte Impfpass vorweisen)

Einkünfte

Art der Einkünfte z.B. Rente	Zahlende Stelle	Betrag in €

Rentenausweisnummer _____

Wurden bisher Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz bezogen Nein Ja

Beabsichtigen Sie einen Antrag beim Sozialamt auf Hilfe zur Pflege zu stellen Nein Ja

Wenn „ja“, welches Sozialamt _____

(Bitte aktuellen Rentenbescheid einreichen. **Hinweis:** Rentenüberleitung wünschenswert, durch Angehörige zu veranlassen, oder Überweisung).

Beabsichtigen Sie die Kosten der Pflege selbst zu zahlen Nein Ja

Heimkosten Rechnungsempfänger Name: _____

Bewohner Angehörige Sonstige _____

Einzugsermächtigung Nein Ja

Erstellt am: 17.01.2022	Prozess: Heimaufnahme
Freigabe am: _____ von: _____	Dokumentnummer: C.1.4
Dokumententitel: Antrag auf Heimaufnahme	Versionsnummer: 4

Unterbringung z.B. Krankenhaus, Heim oder ähnliche Einrichtung vor Heimaufnahme

Wo	Wann	Aufnahmegrund

Gab es im Vorfeld bereits die Unterbringung in einer stationären Einrichtung?

Nein Ja

Patientenverfügung Nein Ja hinterlegt bei _____

Diät notwendig Nein Ja Art: _____

Sondenernährung Nein Ja

Inkontinenzmaterial Nein Ja

Unterbringung stationäre Aufnahme

Abo Braunschweiger Zeitung Nein Ja

Taschengeldkonto Nein Ja

Briefkasten intern Nein Ja

Hinweise/Bemerkungen ggf. Rückseite verwenden

Mit der Speicherung der hier angegebenen personenbezogenen Daten im Sinne des

NDSG (§10 Abs. 1 und 2 in Verbindung der Anlage zu § 24 Abs. 1 und 2) bin ich

einverstanden nicht einverstanden.

Datum/ Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Name in Druckbuchstaben _____

Falls Sie den Heimplatz nicht mehr benötigen, bitten wir um Mitteilung unter der

Tel.-Nr. 0531-31391313

Erstellt am: 17.01.2022	Prozess: Heimaufnahme
Freigabe am: _____ von: _____	Dokumentnummer: C.1.4
Dokumententitel: Antrag auf Heimaufnahme	Versionsnummer: 4