BRK – Haus der Senioren
Stiglberg 3
85283 Wolnzach
Te. 08442-9275-0
Fax 08442-9275-25
e-mail: sekretariat-hds.paf@brk.de
www.hausdersenioren.brk.de

(Eingangsstempel)

Annmeldung zur Aufnahme

☐ **Pflegebereich vollstationär (PG2 – PG5)**
☐ **Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege (kein beschützender Bereich)**

Von _____ bis _____

1. Persönliche Angaben		
Name / Geburtsname		
Vorname		
Adresse		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		
Konfession		
Staatsangehörigkeit		
2. Angaben zu den Angehörigen		
1. Angehöriger		
Anschrift		
Telefon-Nummer	☐ privat	
	☐ dienstlich	
	☐ mobil	
	☐ e-mail	
Verwandtschaftsgrad		

2. Angehöriger			
Anschrift			
Telefon-Nummer	☐ privat		
	☐ dienstlich		
	☐ mobil		
	☐ e-mail		
Verwandtschaftsgrad			
3. Betreuer m. Ausweis/Bevollmächtigter			
Anschrift			
Telefon-Nummer	☐ privat		
	☐ dienstlich		
	☐ mobil		
	☐ e-mail		
4. Hausarzt			
Anschrift			
Erreichbarkeit	Tel.		
	Fax		
	e-mail		
5. Kranken-/Pflegekasse			
Privat versichert	☐ nein	☐ ja	
Anschrift			
Vers.-Nr.			
Rezeptgebührenbefreiung	☐ ja	☐ nein	
Derzeitige Hilfsmittel	☐ Rollstuhl	☐ Rollator	☐ sonstiges _____
Beihilfeberechtigung	☐ nein		
	☐ ja Beihilfestelle _____		
Pflegegrad	☐ nein	☐ ja, welchen _____	☐ beantragt

6. Kostenträger			
	☐ Selbstzahler		
	☐ Rente ca. € _____		
	☐ Sozialhilfe		
	☐ Antrag auf Sozialhilfe gestellt		
7. Versand der Rechnung	☐ per Mail an: _____		☐ per Post
8. Kennzeichnung der Wäsche (um Verlust zu vermeiden, wird durch Einrichtung vorgenommen)	☐ ja (20€/70 St) (43€/150 St)	☐ nein	
9. Schwerbehinderung	☐ nein	☐ ja _____ %	☐ beantragt
10. Anzumeldende Person			
	☐ lebt allein		
	☐ wird versorgt von Angehörigen		
	☐ Versorgung durch ambulanten Pflegedienst		
Auf das BRK – Haus der Senioren bin ich aufmerksam geworden	☐ Empfehlung von: Herrn / Frau _____		
	☐ Mitarbeiter des BRK – Haus der Senioren		
	☐ Medien / Internet		
	☐ Sonstiges		

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass durch die Ausfüllung des Antrags kein Anspruch auf eine Aufnahme besteht. Gravierende Änderungen müssen der Einrichtung umgehend gemeldet werden.

Der ärztliche Fragebogen ist zwingender Bestandteil der Anmeldung.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Antragstellers

_____
Unterschrift der anzumeldenden Person