


Datei: FO 6.2.2 Anmeldeformular Seite: 1 von 1 Stand: 18.05.2021 Version: 04	Formular	Deutsches Rotes Kreuz  Seniorenwohnstätte Bederkesa Telefon 04745/9475-0
FO 6.2.2 Anmeldeformular		

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Name: _____

Geboren: _____ Geb.-Ort: _____ Familienstand: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____ Postleitzahl u. Ort: _____

erlernter bzw. zuletzt
ausgeübter Beruf: _____

Pflegekasse: _____ Vers.-Nr. _____

Antrag auf Einstufung wurde gestellt ja nein

Bei erfolgter Einstufung welcher Pflegegrad:
(Bitte Kopie vom Einstufungsbescheid beilegen.) _____

Befreiung der gesetzlichen Zuzahlung: _____

Hausarzt:
(Name, Anschrift, Tel.) _____

Corona Schutzimpfung
(Bitte Kopie der Corona-Schutzimpfung beilegen) ja nein

Kostenträger:
(Name, Anschrift und Tel.) _____

gesetzl. Betreuer oder Bevollmächtigter:
(Name, Anschrift und Tel.)
Bitte legen Sie den Betreuerausweis vor.

Angehörige:
(Name, Anschrift, Tel.) _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Angehörige:
(Name, Anschrift, Tel.) _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Vor Heimaufnahme muss eine ärztl. Bescheinigung vorliegen, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose vorhanden sind.

Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsverfügung:
Falls vorhanden, bringen Sie bitte die jeweiligen Vollmachten in Kopie mit

Unterschrift des Antragstellers _____ Ort und Datum _____