

Anmeldung

DRK Seniorenwohnanlage Evershagen Aleksis-Kivi-Straße 01, 18106 Rostock <input type="checkbox"/> Pflegeheim - Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Urlaubs- u. Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Fachpflegeeinrichtung für Menschen im Wachkoma	DRK Seniorenwohnanlage Südstadt Semmelweisstraße 01, 18059 Rostock <input type="checkbox"/> Pflegeheim - Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Wohngruppe Demenz (Tychsenstraße 3)	DRK Tagespflege Tychsenstraße 3, 18059 Rostock <input type="checkbox"/> Tagespflege	
	Demenz vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wird ein Telefon gewünscht: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Schwerbehinderten-Ausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zu _____ %		
Name, Vorname sowie Geburtsname (Rufname unterstreichen)			
Adresse (Straße, PLZ/Ort)			
derzeitiger Aufenthalt (Straße, PLZ/Ort)			
Geburtsdatum und Geburtsort Geb.-Dat.: ____ . ____ . ____ Geburtsort: _____			
Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> unbekannt			
Konfession <input type="checkbox"/> konfessionslos <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> röm.-katholisch <input type="checkbox"/> _____			
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____			
Beruf (ggf. vor Rentenbeginn)			
Pflegegrad <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 seit wann? _____ <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> beantragt am: _____			
Angehörige/ Bezugspersonen 1.) (bei mehreren Angehörigen bitte gesonderte Liste beifügen!)	Name/ Vorname:		
	☎dstl.:	☎priv.: Mobil:	
	Straße:		PLZ/Ort
	Wie verwandt:		E-Mail-Adresse:
2.) (bei mehreren Angehörigen bitte gesonderte Liste beifügen!)	Name/ Vorname:		
	☎dstl.:	☎priv.: Mobil:	
	Straße:		PLZ/Ort
	Wie verwandt:		E-Mail-Adresse:
Betreuer gemäß Betreuungsgesetz (Bitte Ausweis/ Beschluss vom Amtsgericht in Kopie beifügen!)	Name/ Vorname:		Telefon:
	Anschrift:		
	Aufgabenkreis: <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Postvollmacht <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Ansprüchen <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten		
Vollmacht: <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht (Kopie beifügen)	Name/ Vorname:		Telefon:
	Anschrift:		
Patientenverfügung liegt vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Kopie beifügen)			
Krankenkasse/ Pflegekasse (Chipkarte bitte in Kopie beifügen!)			
Name der Krankenkasse/ Pflegekasse: _____			
PLZ/ Ort: _____			
Mitglieds-Nr.: _____			
PA-Nr./ Ausstellungsort:/ Datum: (PA bitte in Kopie beifügen!)		PA-Nr.:	Ausstellungsort:
		Gültig bis:	

Wird Sozialhilfe bezogen oder wurde beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein ⇨ Selbstzahler <input type="checkbox"/> Ja, beantragt am: _____ ----- Anschrift Zuständiges Amt ----- Telefon / Ansprechpartner		
Hausarzt vorhanden: Weiterbehandlung im Heim:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ Name ----- Anschrift ----- Telefon / Fax ----- <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Besteht eine Befreiung von Zuzahlungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja, befreit bis _____		
Besteht eine Inkontinenz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Liegt ein Anspruch auf ein zusätzliches Betreuungsangebot gemäß § 43 b SGB XI vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja		
Besteht eine Haftpflichtversicherung? zur eigenen Absicherung bei bspw. <input type="checkbox"/> Personenschäden (Behandlungskosten, Schmerzensgeld etc.) <input type="checkbox"/> Sachschäden Reparatur- und (Wiederbeschaffungskosten etc.) <input type="checkbox"/> Vermögensschäden infolge eines Personen- oder (Sachschaden etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt, bei <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ Versicherungsgesellschaft ----- Versicherungsschein- Nr. _____		
Ist eine spezielle Ernährung erforderlich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja und zwar _____		
Ist der Antragsteller Raucher?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
monatliches Einkommen (nach heutigem Stand) (Rentenbescheid kann in Kopie beigelegt werden – freiwillige Leistung!)	Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag in EUR
Hinweis zu den Heimkosten: Die mit dem Pflegegrad in Verbindung stehenden Heimkosten sind im Heimvertrag definiert. Können Sie die monatlichen Heimkosten aus eigenen finanziellen Mitteln nicht tragen, kann beim zuständigen Amt für Jugend und Soziales, ein Antrag auf Sozialhilfe nach SGB XII gestellt werden. Sozialhilfe ist eine staatliche Förderung auf die in Not geratene Menschen unter bestimmten Voraussetzungen nach SGB XII einen Anspruch haben. Die Leistungen werden erst ab Antragsstellung bezahlt.			
Bogen ausgefüllt von:	Beziehung zur anzumeldenden Person: <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Enkel/in <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> _____ Name/ Vorname: ----- Datum/ Unterschrift:		