



Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geb.- Ort: \_\_\_\_\_  
Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Einzugstermin:**

- vorsorgliche Anmeldung – Einzug zu einem späteren Zeitpunkt  
 schnellstmöglich  vollstationäre Pflege  
 Kurzzeitpflege: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthaltsort, falls dieser von der oben angegebenen Adresse abweicht:**

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sind Sie von den Zuzahlungen zu Arzneimitteln befreit?  ja  nein  
(Sollte dies der Fall sein, legen Sie bitte Ihren  
Befreiungsausweis bei

**Anschrift eines Angehörigen bzw. der Bezugsperson:**

1. verwandtschaftliches bzw. anderweitiges Verhältnis: \_\_\_\_\_  
2. verwandtschaftliches bzw. anderweitiges Verhältnis: \_\_\_\_\_

Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_ Geb.- Ort: \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Erstellt am: 12.09.2005	Verteiler: MA Verwaltung	Geändert am: Juli 2024	Freigegeben am: Juli 2024
Erstellt von QZ PHM / QMB	Revision: 9	Geändert von: QMB	Freigegeben von:
F. IV 1.3.1-03	Ersetzt Revision: 8	Prozessverantwortlicher: EL	EL
	Geplante Revision	Aufbewahrungsort: QM Formular-Ordner	Seite 1 von 2

DRK Kreisverband Helmstedt e.V.  
PHM

**HBK IV Unterstützende Prozesse**

**F- IV. 1.3.1 – 03**

**Anmeldung zur Aufnahme in  
unserer Einrichtung**



Stehen Sie in einem Betreuungsverhältnis?

ja

nein

**Anschrift der/des BetreuerIn/ s**

Zuname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Umfang der Betreuung:**

Gesundheitspflege  Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge  Postvollmacht

Vorsorgevollmacht

liegt eine Patientenverfügung vor  ja  nein

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte lassen Sie unsere **Anlage „Ärztlicher Fragebogen“** von Ihrem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt ausfüllen und legen Sie diese, diesem Formular bei.

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Liegt bereits ein Pflegegrad vor?  ja  nein

wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_ Kranken-/ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

**Sollten Sie noch weitere offene Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.**

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Unterschrift des zukünftigen Bewohners: \_\_\_\_\_

---

**Hinweis zum Datenschutz**

**Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von personenbezogenen Daten**

Der Antragsteller übermittelt dem DRK Helmstedt personenbezogene Daten. Der Träger und seine Mitarbeiter sind zur Diskretion und zu einem vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Informationen und Daten verpflichtet. Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass der Träger und seine Mitarbeiter personenbezogene Daten, erheben, verarbeiten, nutzen, speichern und aufbewahrt. Es werden nur solche Informationen erhoben und gespeichert, die zur Erfüllung des Vertrages gegenüber dem Träger und den Kostenträgern erforderlich sind. Nähere Informationen finden Sie im angehängten Informationsschreiben zum Datenschutz.