

DRK Kreisverband Helmstedt e.V.  
PHM / PHSü

**HBK IV Unterstützende Prozesse**

**F- IV. 1.3.1 – 03**

**Anmeldung zur Aufnahme in  
unserer Einrichtung**



Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geb.- Ort: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_ Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_ Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Erstellt am: 12.09.2005	Verteiler:MA Verwaltung	Geändert am: 25.05.11	Freigegeben am: 25.05.11
Erstellt von QZ PHM / QMB	Revision: 6	Geändert von: Herzog / QMF	Freigegeben von:
	Ersetzt Revision: 5	Prozessverantwortlicher: EL	Fr. Weinert
F. IV 1.3.1-03	Geplante Revision	Aufbewahrungsort: QM Formular-Ordner	Seite 1 von 2



Stehen Sie in einem Betreuungsverhältnis?       ja       nein

**Anschrift der/des BetreuerIn/ s**

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

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

Umfang der Betreuung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits in eine Pflegestufe eingestuft worden?       ja       nein

wenn ja, in welche? \_\_\_\_\_

Kranken-/ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

Süplingen, den \_\_\_\_\_

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

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

Erstellt am: 12.09.2005	Verteiler:MA Verwaltung	Geändert am: 25.05.11	Freigegeben am: 25.05.11
Erstellt von QZ PHM / QMB	Revision:: 6	Geändert von: Herzog / QMF	Freigegeben von:
	Ersetzt Revision: 5	Prozessverantwortlicher: EL	Fr. Weinert
F. IV 1.3.1-03	Geplante Revision	Aufbewahrungsort: QM Formular-Ordner	Seite 2 von 2