

Eingangsvermerk intern	<h1>Anmeldung</h1>	 Deutsches Rotes Kreuz	
DRK Rostock Wohnen und Pflege gGmbH Seniorenwohnanlage Evershagen Aleksis-Kivi-Straße 01, 18106 Rostock <input type="checkbox"/> Pflegeheim - Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Fachpflegeeinrichtung für Menschen im Wachkoma	DRK Rostock Wohnen und Pflege gGmbH Seniorenwohnanlage Südstadt Semmelweisstraße 01, 18059 Rostock <input type="checkbox"/> Pflegeheim - Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Wohngruppe für dementiell erkrankte Personen	DRK Rostock Wohnen und Pflege gGmbH Seniorenwohnanlage Südstadt Tychsenstraße 3, 18059 Rostock <input type="checkbox"/> Tagespflege	
Wird ein Telefon gewünscht: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Demenz vorhanden? <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:		
	<input type="checkbox"/> dstl. <input type="checkbox"/> priv.:	Mobil:	
	Straße:		PLZ/Ort
	Wie verwandt:		E-Mail-Adresse:
2.) (bei mehreren Angehörigen bitte gesonderte Liste beifügen!)	Name/ Vorname:		
	<input type="checkbox"/> dstl. <input type="checkbox"/> 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"/> Gesundheitsorge <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Ansprüchen <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten		
Vollmacht: <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsvollmacht <input type="checkbox"/> Vollmacht <i>Bitte Kopie beifügen</i>	Name/ Vorname: _____ Telefon: _____ Anschrift: _____		

* freiwillige Angabe

Patientenverfügung liegt vor? <i>Sofern vorhanden, bitte Kopie beifügen</i>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Krankenkasse/ Pflegekasse <i>(Chipkarte Bitte Kopie beifügen)</i>	Name der Krankenkasse/ Pflegekasse: _____ PLZ/ Ort: _____ Mitglieds-Nr.: _____		
PA-Nr./ Ausstellungsort:/ Datum: <i>Bitte Kopie beifügen</i>	PA-Nr.:	Ausstellungsort:	Gültig bis:
Berechtigter Nachlassempfänger:	Name/ Vorname: _____ _____ Anschrift: : _____ _____ Beziehung zum Antragseller: _____ _____		
Wird Sozialhilfe bezogen oder wurde beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein ⇨ Selbstzahler <input type="checkbox"/> Ja, beantragt am: _____._____._____ _____ Anschrift Zuständiges Amt _____ Telefon / Ansprechpartner		
Hausarzt vorhanden:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ Name _____ Anschrift _____ Telefon / Fax _____		
Weiterbehandlung im Heim:	<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 Inkontinenzprodukte, die aufgrund ihrer Ausstattung oder Menge über die von der Pflegekasse budgetierte Anzahl und/oder Art hinausgehen, sind mit Mehrkosten verbunden, die privat übernommen werden müssen.		
monatliches Einkommen* (nach heutigem Stand) (Rentenbescheid kann in Kopie beigefügt 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 Soziales und Asyl, ein Antrag auf Hilfe zur Pflege nach SGB XII gestellt werden. Hilfe zur Pflege 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: _____		

* freiwillige Angabe