

Anmeldung zur Heimaufnahme

Träger: BRK KREISVERBAND REGENSBURG

Tel.: 0941.29 88 0

Fax: 0941.27 02 56

Mail: empfang-rkh@kvregensburg.brk.de

Name	Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum	Familienstand	Konfession
Anschrift		Geburtsort

Angehörige	Wie verwandt
Adresse	Telefon

Angehörige	Wie verwandt
Adresse	Telefon

Betreuer	Wirkungskreis
Adresse	Telefon

Hausarzt		Telefon
Krankenkasse		Mitgliedsnummer
Pflegegrad	Beihilfeberechtigt Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Feststellung eingeschränkte Alltagskompetenz (PeA) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer <input type="radio"/>	Kurzzeitpflege: Von Bis	Tür Seite <input type="radio"/> Fenster Seite <input type="radio"/>
Wird Sozialhilfe bezogen oder beantragt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt..

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlicher Vertreter

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung April 2019	Seite	1/1
HL	HL		Version	6.0
3.1.2 Anmeldung zur Heimaufnahme			Stand	04 / 2017