

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Träger: BRK KREISVERBAN REGENSBURGRG

Tel.: 0941.29 88 0

Fax: 0941.27 02 56

Mail: [info@ahregensburg.brk.de](mailto:info@ahregensburg.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

Pflegestufe	Beihilfeberechtigt Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer <input type="radio"/>	Kurzzeitpflege Von                      Bis
Wird Sozialhilfe bezogen oder beantragt	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Der Aufnahmeantrag verfällt nach sechs Monaten, wenn nicht vorher dem Heim die weitere Aufrechterhaltung mitgeteilt wurde. Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt..

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlicher Vertreter

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung März 2010	Seite	1/1
HL	HL		Version	4.0
Anmeldung Heimaufnahme 0308.doc			Stand	03/08