



Viktor-von-Scheffel-Str. 11a
96231 Bad Staffelstein
Tel. 09573 / 3303-0 Fax. -520

- Dauerpflege Kurzzeitpflege vom _____ bis _____
 Einzelzimmer Doppelzimmer vorsorglich dringend

Angaben zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ in: _____

Versichertennummer: _____

Private Versicherung/Beihilfe: _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

Pflegestufe: Beantragt am: _____ genehmigt am: _____Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5 **Anschrift des Angehörigen / Betreuers:**

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Betreuung beantragt am: _____ Betreuung vorhanden seit: _____

Benötigte Unterlagen bei Heimaufnahme:

- Kopie des Einstufungsbescheides ärztliches Zeugnis Kopie Betreuungsurkunde

Die monatlichen **Pflegekosten** werden von Einnahmen aus: Pension/Rente mtl. ca. € _____ Kapitalzinsen jhrl ca. € _____ oder von _____

Eventuelle Differenzen werden getragen von _____

(Bescheinigung hierüber wird bei Abschluß des Vertrages vorgelegt)

Mit den oben gemachten Angaben sowie dem beiliegenden ärztlichen Zeugnis wird die Aufnahme in das BRK-Wohn- und Pflegeheim „Am Staffelberg“ beantragt.

 Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers / Bevollmächtigten / Betreuers

Hinweis: Der Einrichtungsträger ist aufgrund seiner konzeptionellen Ausrichtung, sowie seiner personellen, baulichen und sachlichen Ausstattung nicht darauf ausgerichtet, Menschen mit folgenden Krankheitsbildern zu versorgen: Weglauftendenz, Dauerbeatmung, Drogenabhängigkeit.

Ärztliches Zeugnis (vom Hausarzt auszufüllen)

Viktor-von-Scheffel-Str. 11a
96231 Bad Staffelstein
Tel. 09573 / 3303-0 Fax. -520

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort bzw. gegenwärtige Unterbringung

1 Diagnosen

2 Bestehen ansteckungsfähige Krankheiten: ja nein wenn ja, welche? _____

insbesondere:

MRSA

Hepatitis A, B, C

meldepflichtige Viruserkrankungen (Influenza, COVID-19)

andere meldepflichtige Infektionskrankheiten

Ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane
(Vorschrift nach §36 Abs.4 des Infektionsschutzgesetzes)

liegt vor

liegt nicht vor

Behandlungsbedürftigkeit (Ausmaß, Dauer)

3 Geistiger Zustand: normal verwirrt unruhig psychisch krank

4 Besteht eine Suchtkrankheit: ja nein bei ja, welche: _____

5 Besteht eine gerontopsychiatrische Beeinträchtigung:

ja nein bei ja, welche: _____

6 Ernährung: normal Diät, welche _____

7 Seh- und Hörfähigkeit: normal blind taub

8 Bewegungsfähigkeit: normal eingeschränkt

bettlägrig ja nein

Lähmung(en): _____

Versteifungen: _____

9 Sind Hilfsmittel nötig (Rollator, Rollstuhl, etc.):

ja nein wenn ja, welche? _____

10 Impfungen: Tetanus nein ja letzte Impfung: _____

11 Ist eine Unterbringung in eine beschützende Abteilung notwendig?

ja nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes