

Verwaltung Formular

Antrag auf einen Platz im DRK Pflegezentrum Herborn

(Auszufüllen von Angehörigen / Interessenten auf dem Postweg)

Einverständnis zur Erfassung und Verarbeitung personenbezogener Daten erteilt:		☐ ja ☐ nein	
Name/ Vorname des Gastes:			
Anschrift:			
Geburtsdatum:		Geburtsname:	
Geburtsort:		Konfession:	
Familienstand:		Nationalität:	
bevorzugter Aufnahmezeitpunkt:			
Aufnahme soll erfolgen:		☐ schnellstmöglich ☐ mittelfristig ☐ langfristig	
<i>Angehörige/ Betreuer</i>			
☐ Angehörige/r Beziehung: _____ ☐ Gesetzlicher Betreuer ☐ Vollmacht		Name: _____ Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	
☐ Angehörige/r Beziehung: _____ ☐ Gesetzlicher Betreuer ☐ Vollmacht		Name: _____ Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	
Besonderheiten: ☐ Bettgitter ☐ Andere Fixierung _____ ☐ Richterl. Anordnung liegt vor. ☐ PEG ☐ DauerK ☐ Port ZVK ☐ Diabetiker ☐ Demenz ☐ Keine Medikamente stellen			
Infektiöse Erkrankungen:			
Hausarzt:		Name: _____ Telefon: _____ Straße: _____ Telefax: _____ PLZ Ort: _____	
z. Zt. Im Krankenhaus: _____			
Name des Sozialarbeiters/Telefon: _____			
Pflege-/Krankenkasse:		KV-Nr. _____	
Pflegegrad:		☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Neueinstufung wurde/ wird beantragt am _____ ☐ Höherstufung wurde/ wird beantragt am _____	
Kostenübernahme Kranken-/Pflegekasse:		☐ wurde/ wird beantragt am _____ ☐ Privat/bzw. Selbstzahler	
Rezeptgebührenbefreiung		☐ * ja, bis*bitte Kärtchen mitbringen ☐ nein	
Restkostenübernahme durch Sozialamt:		☐ wird/wurde beantragt am _____ beim Sozialamt in _____ ☐ wird beantragt am _____ ☐ ist nicht erforderlich	

Datum _____ Unterschrift des Antragstellers: _____

Datum	Freigegeben
01.04.2026	EL