

Debitoren-Nr.:

Klientenbogen

Bayerisches Rotes Kreuz 

Körperschaft des öffentlichen Rechts

zurück an:

BRK Kreisverband Kulmbach

Station/ZimmerNr.:

Dr.-Julius-Flierl-Seniorenheim
Lehenweg 3
95352 Marktleugast
Tel.: 09255/809-0
Fax: 09255/809-163

Datum:

Ihre persönlichen Daten:

Name, Vorname: Geb.-Name:

Geb.-Datum: Geb.-Ort:

Familienstand: seit: Konfession:

derzeitiger Wohnort:

Heimaufenthalt Kurzzeitpflege vom: bis:

Heimaufenthalt stationär ab: Ummeldung:

Telefon: Ja Nein Kopie Personalausweis: Ja Nein

Impfpass: Ja (auf Station geben) Nein

Aufnahmegrund:

vorheriger Aufenthalt:..... Ehemaliger Beruf:

letzte Eheschließung:

(wird f. Meldeformular des Einwohneramtes benötigt – Bitte Geburtsurkunde, bzw. und Heiratsurkunde mit evtl. Sterbevermerk des Ehegatten)

Alle Angehörige (Ehegatten, Kinder oder Erbberechtigte usw.):

(Beziehung, Name, Anschrift, Telefon, Geburtsdatum)

Prioritäten-
stufe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Besteht eine Betreuung:
wenn ja, Name und Anschrift des Betreuers:
(Bitte Beschluss vom Amtsgericht, Vollmacht, Betreuerausweis etc.)

Ja Nein

.....
Ihr Hausarzt:.....

Übernimmt dieser auch die Betreuung im Heim: Ja Nein

Wenn nein, welchen Arzt bevorzugen Sie?

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

Besteht eine Bestattungsvorsorge Ja Nein

Bankverbindung

IBAN des Zahlungspflichtigen:

Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen:

Abweichender Kontoinhaber:

Transport: liegend im Rollstuhl gehfähig

Wünschen Sie ein EZ oder ein DZ

Wer soll die Rechnung erhalten? Post?.....

Wird Kostenübernahme durch den Bezirk Oberfranken beantragt (Wenn Ja Rentenbescheid vorlegen):

Evtl. Aktenzeichen beim Bezirk:

Sind Sie vom MDK bereits eingestuft ? Seit wann?

PflgGrad 1: PflgGrad 2: PflgGrad 3: PflgGrad 4: PflgGrad 5:

Wenn noch nicht eingestuft:

Wer hat die Überprüfung beantragt?

Wann wurde die Überprüfung beantragt?

Wer ist Ihr Krankenversicherungsträger?

Krankenkassen-Nr. KV-Nr: Status:

Krankenkassenkarte gültig bis:

Sind Sie von der Kostenzahlung befreit? Ja Nein ab wann:

Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? Ja Nein GdB:

Merkz.:

AZ:

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein

Bringen Sie Hilfsmittel mit? Ja Nein

..... Lieferant:
Kasseneigentum: Privateigentum

..... Lieferant:
Kasseneigentum: Privateigentum

Eine Voranmeldung wurde bereits vorgenommen; telefonisch/mündlich am:

von:

Hiermit willige ich der Nutzung sämtlicher Daten ein: Ja

BRK Dr.-Julius-Flierl-Seniorenheim

Bewohner/Bevollmächtigter/Betreuer

.....
Unterschrift – Verwaltung

.....
Unterschrift