

Debitoren-Nr.:

Klientenbogen

Bayerisches Rotes Kreuz 

Körperschaft des öffentlichen Rechts

zurück an:

BRK Kreisverband Kulmbach

Dr.-Julius-Flierl-Seniorenheim

Lehenweg 3

95352 Marktkeugast

Tel.: 09255/809-0

Fax: 09255/809-163

Station/ZimmerNr.:

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:

Wäschenamen:

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)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Besteht eine Betreuung:

ja/nein

wenn ja, Name und Anschrift des Betreuers:

(Bitte Beschluss vom Amtsgericht, Vollmacht, Betreuerausweis etc.)

.....

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

Transport: liegend im Rollstuhl gehfähig

Wünschen Sie ein EZ oder ein DZ

Wer soll die Rechnung erhalten?

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:

Wer ist Ihr Krankenversicherungsträger?

Krankenkassen-Nr. KV-Nr: Status:

Krankenkassenkarte gültig bis:

Sind Sie von der Kostenzuzahlung befreit?.....ab wann:

Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden?

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja/nein

Bringen Sie Hilfsmittel mit? Ja Nein Wenn ja welche:

..... Lieferant:

Kasseneigentum: Privateigentum

..... Lieferant:

Kasseneigentum: Privateigentum

Eine Voranmeldung wurde bereits vorgenommen; telefonisch/mündlich am:

von:

BRK Dr.-Julius-Flierl-Seniorenheim

Bewohner/Betreuer

.....
Unterschrift – Verwaltung

.....
Unterschrift