



Fragebogen Neuaufnahme

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ und Ort _____

Tel. / Mobil _____

Nutzen Sie

☐ Rollstuhl Umsetzung möglich ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

☐ Rollator ☐ _____

Zustimmung Film – Foto – Erlaubnis ☐ ja ☐ nein (gesondertes Formular)

Einzelbetreuung ☐ ja ☐ nein Weglauf-Tendenz ☐ ja ☐ nein

Angehörige

gesetzliche Vertretung

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Tel. _____

Mobil _____

E-Mail _____

Post- und Rechnungsadresse

Teilnehmer/in ☐ Angehörige ☐ gesetzliche Vertretung ☐

03130 Spremberg

Bankverbindung

IBAN _____

BIC _____

Krankenkasse/ Pflegekasse

Name _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Versicherungsnummer Krankenkasse/ Pflegekasse Teilnehmer/in

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keinen

Eingliederungshilfe ☐ ja ☐ nein

Kurzzeitpflege ☐ ja ☐ nein

Verhinderungspflege ☐ ja ☐ nein

Entlastungsleistungen ☐ 125€/ Monat

Diese werden aktuell genutzt für:

☐ ausschließlich Leistungen des DRK Kreisverband Niederlausitz e.V.

☐ auch für: _____

Wichtig! Steht das Budget nach erbrachter Leistung nicht (mehr) zur Verfügung, erhält der/ die Nutzer/in eine Privat-Rechnung.

Dokumente/ Hinweise

Schwerbehinderten Ausweis ☐ ja ☐ nein Grad der Behinderung _____

Merkzeichen ☐ B ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ Bl ☐ Gl ☐ TBI ☐ 1.Kl.

Behinderung, Krankheitsbilder

- a) Geistige Behinderung ☐
- b) Lernbehinderung ☐
- c) Seelische Behinderung ☐

03130 Spremberg

- d) Verhaltensstörung ☐
- e) Anfallsleiden ☐
- f) Psychische Erkrankung ☐
- g) Sinnesbehinderung ☐

Wenn ja, welche Sinnesbehinderung?

- h) Körperbehinderung
- Wenn ja, welche Körperbehinderung?

- i) Chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes) ☐
- Wenn ja, welche?

Bei psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen

Beschreibung der Symptome

Neigung zu Aggression

Selbstverletzendes Verhalten

Zwanghaftes Verhalten, Ticks

Sonstiges

Datum _____

Unterschrift _____