



Anmeldeformular Caritas-Altenzentren

Einzug am _____

1. Pflegevariante

- Dauerpflege Tagespflege Betreutes Wohnen
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Verhinderungspflege von _____ bis _____

2. Empfehlung kam von / Gründe für den Einzug:

- Sozialdienst Krankenhaus von Bekannten Hausprospekt Presse Internet Arzt
 ambulanter Pflegedienst Sozialstation Pflegestützpunkt Tagespflege sonstiges

3. Nachname:

_____ (Familienname, Geburtsname)

4. Vorname(n):

_____ - Rufnamen bitte unterstreichen -

5. Wohnung:

_____ (Straße und Haus-Nr.) _____ (Telefon)

(mit Hauptwohnsitz
polizeilich angemeldet) _____
(Postleitzahl) (Wohnort)

6. Derzeitiger Aufenthalt:

_____ (Straße und Haus-Nr.) _____ (Telefon)

(bei Krankenhaus oder Altenheim
bitte entsprechende Adresse) _____
(Postleitzahl) (Wohnort)

7. Geburtsdatum: _____ **8. Geburtsort:** _____ **9. Familienstand:** _____

10. Staatsangehörigkeit: ____ **11. Konfession:** ____ **12. Erlerner Beruf:** _____

13. Behindertenausweis: ja nein Grad der Behinderung: _____ Merkmal(e): _____

14. Liegt ein Bescheid der Pflegekasse vor? ja nein ist beantragt
 Wenn ja, welcher Pflegegrad: 1 2 3 4 5 ohne Pflegegrad
 Höherstufungsantrag: ja nein

15. Geschäftsstelle der Krankenkasse:

16. Kontaktpersonen (Angehörige / Verwandte):		
1. Bezugsperson	stellvertr. Ansprechpartner	
(Vor- und Zuname)	(Vor- und Zuname)	(Vor- und Zuname)
(Straße, Hausnummer)	(Straße, Hausnummer)	(Straße, Hausnummer)
(Postleitzahl) (Wohnort)	(Postleitzahl) (Wohnort)	(Postleitzahl) (Wohnort)
(Telefonnummer mit bester Erreichbarkeit)	(Telefonnummer mit bester Erreichbarkeit)	(Telefonnummer mit bester Erreichbarkeit)
(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)
(Verwandtschaftsgrad)	(Verwandtschaftsgrad)	(Verwandtschaftsgrad)
17. Name des Hausarztes/der Hausärztin: _____		
Anschrift _____ Telefon _____		
18. Name des/r Facharztes/in: _____		
Anschrift _____ Telefon _____		
19. Gesetzliche Betreuung/Vollmachten/Verfügungen		
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
_____ (Name / Bevollmächtigter)		
_____ (Anschrift)		
Aufgabenkreise:		
<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Haus- und Grundstücksangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme, anhalten, öffnen der Post <input type="checkbox"/> Vermögensfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> in allen Angelegenheiten <input type="checkbox"/> sonstiges _____		
20. Wohneinheitstyp / Art des Zimmers:		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
21. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen, z.B. PEG Sonde:		
22. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Die erhobenen Daten dienen der Erstellung Ihres Heimvertrages in unserer Einrichtung. Die Mitarbeiter unterliegen der Anordnung über den kirchlichen Datenschutz und sind zur Verschwiegenheit im Umgang mit personenbezogenen Daten verpflichtet. Die Daten werden umgehend gelöscht, sollten Sie nicht Gast unserer Einrichtung werden, ansonsten wird das Anmeldeformular Anlage zu Ihrem Heimvertrag.		
_____ (Ort, Datum)		_____ (Name und Unterschrift des Antragstellers)