



Anmeldeformular Caritas-Altenzentren

Einzug am _____

1. Pflegevariante	
<input type="checkbox"/> Dauerpflege	<input type="checkbox"/> Tagespflege
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	von: _____ bis: _____
	von: _____ bis: _____
2. Empfehlung kam von /Gründe für einen Einzug:	
<input type="checkbox"/> von Bekannten	<input type="checkbox"/> Sozialdienst Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Hausprospekt	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Presse	<input type="checkbox"/> Arzt
<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Tagespflege
<input type="checkbox"/> Sozialstation	<input type="checkbox"/> Pflegestützpunkt
<input type="checkbox"/> auf eigenen Wunsch	<input type="checkbox"/> bereits Bestandskunde
	<input type="checkbox"/> sonstiges
3. Nachname: _____ (Familienname, Geburtsname)	
4. Vorname(n): _____ - Rufnamen bitte unterstreichen-	
5. Wohnung: _____ (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	
_____ (Straße und Haus-Nr.)	_____ (Telefon)
_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnort)
6. Derzeitiger Aufenthalt: _____ (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)	
_____ (Straße und Haus-Nr.)	_____ (Telefon)
_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnort)
7. Geburtsdatum: _____	8. Geburtsort: _____
9. Familienstand: _____	
10. Staatsangehörigkeit: _____	11. Konfession: _____
12. Erlernter Beruf: _____	
13. Behindertenausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grad der Behinderung: _____ Merkmal(e): _____	
14. Liegt ein Bescheid der Pflegekasse vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt	
Wenn ja, welcher Pflegegrad? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ohne Pflegegrad	
Ggfls. Antrag für Kurzzeit-/Verhinderungs-/Vollstationäre Pflege gestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Höherstufungsantrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15. Krankenkasse: _____	Versichertennummer: _____
16. Personalausweisnummer: _____	

17. 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)
☎ _____ Mobil: _____	☎ _____ Mobil: _____	☎ _____ Mobil: _____
Telefonnummer/n	Telefonnummer/n	Telefonnummer/n
(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)
Verwandtschaftsgrad	Verwandtschaftsgrad	Verwandtschaftsgrad
18. Name des Hausarztes /der Hausärztin: _____		
Anschrift: _____ Telefon: _____		
19. Name des/r Facharztes /-in: _____		
Anschrift: _____ Telefon: _____		
20. 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	
21. Wohneinheitstyp / Art des Zimmers: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
22. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen, z.B. PEG Sonde:		
23. 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)	