



*Für Menschen.
Für Münster.*

Anmeldung zur Aufnahme

- ☐ Vollstationäre Pflege
☐ Kurzzeitpflege

Diese Anmeldung soll für folgende Altenzentren gelten: (Bitte ankreuzen)

- ☐ Altenzentrum am Südpark ☐ Kardinal-von-Galen-Stift ☐ Maria-Hötte-Stift
☐ Papst-Johannes-Paul-Stift ☐ Altenzentrum St. Lamberti

Familienname		Geburtsname
Vorname		Familienstand ☐ verh. ☐ verw. ☐ ledig ☐ gesch.
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Geb.-Datum		Geburtsort
Hauptwohnsitz (Meldeadresse)	Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____	
Derzeitiger Aufenthalt (nur wenn nicht = Hauptwohnsitz)	Institution: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____	
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere, und zwar	
Ehe-/Lebenspartner:in ☐ Ehepartner:in ☐ rechtl. Betreuer:in ☐ Bevollmächtigte:r ☐ Lebenspartner:in ☐ rechtl. Betreuer:in ☐ Bevollmächtigte:r	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____	
Anzahl der Kinder		
Nächste Angehörige – Sonstige Vertrauenspersonen		
☐ Tochter ☐ Sohn ☐ rechtl. Betreuer:in ☐ Bevollmächtigte:r ☐ Sonstige:	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____	
☐ Tochter ☐ Sohn	Name: _____	

☐ rechtl. Betreuer:in ☐ Bevollmächtigte:r ☐ Sonstige:	Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____
☐ Tochter ☐ Sohn ☐ rechtl. Betreuer:in ☐ Bevollmächtigte:r ☐ Sonstige:	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____
Hausarzt/Hausärztin	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Pflegekasse/Krankenkasse	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Werden derzeit Pflegeleistungen von einem Kostenträgergewährt ?	☐ Nein ☐ beantragt am _____ ☐ Ja, von ☐ Pflegekasse ☐ Sozialhilfeträger ☐ Beihilfe ☐ Sonstige _____ Pflegegrad 1 2 3 4 5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Neueinstufung beantragt am _____ ☐ Leistungen nach § 45 b

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, besondere Wünsche

gewünschter Aufnahmetag: _____

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

☐ Vorsorgliche Anmeldung Sonstiges: _____

Ich/Wir nehmen zur Kenntnis, dass die personenbezogenen Daten aus dieser Anmeldung gespeichert werden. Diese Daten unterliegen den Vorschriften des Datenschutzgesetzes.

Ort_____
Datum_____
Unterschrift_____
ggf. Unterschrift Betreuer:in/Bevollmächtigte:r