



*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-Hütte-Stift  
 Papst-Johannes-Paul-Stift     Altenzentrum St. Lamberti

<b>Familienname</b>		<b>Geburtsname</b>
<b>Vorname</b>		<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch.
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<b>Geb.-Datum</b>		<b>Geburtsort</b>
<b>Hauptwohnsitz</b> (polizeilich gemeldet)	Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____	
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b> (nur wenn nicht = Hauptwohnsitz)	Institution: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____	
<b>Konfession</b>	<input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> andere	
<b>Staatsangehörigkeit</b>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere, und zwar	
<b>Ehe-/Lebenspartner</b> <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____	
<b>Anzahl der Kinder</b>		
<b>Nächste Angehörige – Sonstige Vertrauenspersonen</b>		
<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Sonstige:	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ E-Mail: _____ Telefon/Handy: _____	

<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Sonstige:	Name: _____  Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____  E-Mail: _____  Telefon/Handy: _____
<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Sonstige:	Name: _____  Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____  E-Mail: _____  Telefon/Handy: _____
<b>Hausarzt</b>	Name: _____  Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
<b>Pflegekasse/Krankenkasse</b>	Name: _____  Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
<b>Werden derzeit Pflegeleistungen von einem Kostenträger gewährt?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____  <input type="checkbox"/> Ja      Von <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Sonstige _____  Pflegegrad 1    2    3    4    5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Neueinstufung beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Leistungen nach § 45 b

**Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, besondere Wünsche**

Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_     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 des Aufzunehmenden

\_\_\_\_\_

ggf. Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten