

Anmeldung zur Aufnahme in die stationäre Pflege



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

- Maria-Hötte-Stift Kardinal-von-Galen-Stift Wohnstift am Südpark
 Papst Johannes Paul Stift Altenwohnheim St. Lamberti

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

Stand: 01/2017

<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: _____
Hausarzt	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Pflegekasse/Krankenkasse	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Werden derzeit Pflegeleistungen von einem Kostenträgern gewährt?	<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 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Neueinstufung beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Leistungen nach § 45 b

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, besondere Wünsche

Aufnahmeterrmin: _____ 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