



Seniorenzentrum St. Peter Mülheim-Kärlich

Anmeldung zur vollstationären Pflege Kurzzeitpflege Tagespflege

Persönliche Angaben

Name, Vorname		gewünschter Aufnahmetag	Gruppe	Zimmer
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Adresse: Strasse, PLZ, Wohnort				
<input type="text"/>				
derzeitiger Aufenthaltsort (wenn abweichend)		<input type="text"/>		
Familienstand	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	Zuletzt ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	

Angaben zu Krankenkasse, Hausarzt, ARD-ZDF, Deutschlandradio

Kranken- bzw. Pflegekasse		Versicherungsnummer		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Pflegestufe	Liegt eine Demenz, bzw. eingeschränkte Alltagskompetenz vor?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Einstufung / Höherstufung beantragt am (bitte Kopie des Antrags beilegen)				
<input type="text"/>				
Besteht eine Befreiung	bei der Zuzahlung zu Medikamenten?		zu Fahrtkosten?	
	Wenn ja, von <input type="text"/> bis <input type="text"/>		Wenn ja, von <input type="text"/> bis <input type="text"/>	
Name und Adresse des bisherigen Hausarztes				
<input type="text"/>				
Besteht eine Befreiung bei der ARD-ZDF, Deutschlandradio?				
<input type="text"/>				
Schwerbehindert (%) (Bitte Kopie Schwerbehindertenausweis beilegen)				
<input type="text"/>				
Besteht eine Inkontinenz: wenn ja, welche?				
<input type="text"/>				

Angaben zu den Angehörigen

Adresse erste Angehörige/Bezugsperson/Telefon

Adresse zweite Angehörige/Bezugsperson/Telefon

Adresse dritte Angehörige/Bezugsperson/Telefon

Angaben zum Betreuer/Bevollmächtigten

Bitte Gerichtsbeschluss oder Vollmacht in Kopie beilegen!

Amtlich anerkannter Betreuer Generalvollmacht liegt vor

Name, Anschrift _____

Az. Betreuung _____

Angaben zur Kostendeckung, Unterbringung, Heimvertrag

Die Heimkosten werden aufgebracht durch eigenes Einkommen Zuzahlung aus Barvermögen Zuschuss Pflegekasse

Ist ein Antrag beim zuständigen Sozialamt notwendig? wenn ja: Wurde über den Antrag bereits entschieden?

Rechnungsempfänger (Name, Adresse) _____

Besteht ein Anspruch auf Beihilfe? Wenn ja, für welchen Bereich: _____

Gewünschte Unterbringung nur Einzelzimmer Einzelzimmer, wenn möglich Doppelzimmer

Wird ein eigener Telefonanschluß gewünscht? ja nein

Soll ein eigener Zimmerschlüssel ausgehändigt werden? ja nein

(bei Doppelzimmer nur nach Absprache)

folgender Person sollen meine persönlichen Dinge bei Auszug oder Tod übergeben werden

Sonstiges

Wie wurden sie auf unser Haus aufmerksam? _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Heimbewohner _____

Unterschrift Betreuer _____

