



<b>Menschlichkeit im Mittelpunkt</b>  	<b>Anmeldung zur Heimaufnahme</b>	<b>St. Katharinen- und Weißfrauen Altenhilfe GmbH</b>
---	-----------------------------------	---

<b>Interessent</b>	<b>Bitte tragen Sie alle Angaben in dieses Feld ein!</b>
Vor- und Zuname	
Straße	
Postleitzahl und Ort	
Telefon-Nr.	
Email	
Geburtsdatum und Geburtsort	
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
<u>Derzeitiger Aufenthalt:</u> Name des Pflegeheims oder Krankenhauses	
Ort	
Gewünschter Termin zur Aufnahme in unserer Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Dauerpflegeplatz ab: _____ <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Vorsorgeanmeldung
<b>Angehörige</b>	
Vor- und Zuname	
Straße	
Postleitzahl und Ort	
Telefon-Nr.	
Email	
Verwandschaftsgrad	

Bitte benutzen Sie die Rückseite, falls weitere Angehörige genannt werden sollen.

<b>Menschlichkeit im Mittelpunkt</b>  	<b>Anmeldung zur Heimaufnahme</b>	<b>St. Katharinen- und Weißfrauen Altenhilfe GmbH</b>
---	-----------------------------------	---

Vom Amtsgericht bestellter Betreuer	Bitte tragen Sie Ihre Angaben in dieses Feld ein!				
Vor- und Zuname					
Straße					
Postleitzahl und Ort					
Telefon-Nr.					
Email					
Wirkungskreis der Betreuung					
<b>Hausarzt</b>					
Vor- und Zuname					
Straße					
Postleitzahl und Ort					
Telefon-Nr.					
<b>Kostenträger</b>					
Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wird zur Zeit geklärt		
Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wird zur Zeit geklärt		
Welches Sozialamt ist zuständig?					
<b>Pflegekasse</b>					
Name der Pflegekasse					
Begutachtung fand bereits statt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wird zur Zeit geklärt		
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 5
<b>Kurze Schilderung des Krankheitsbildes</b>					

**Mit Ihrer Unterschrift auf dem Voranmeldeformular bescheinigen Sie, dass Sie die vorver-  
tragliche Information erhalten haben.**

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden, falls \_\_\_\_\_  
nicht Personengleichheit mit Antragsteller

Falls nicht möglich, bitte kurzen Vermerk \_\_\_\_\_