



Menschlichkeit im Mittelpunkt 	Anmeldung zur Heimaufnahme	St. Katharinen- und Weißfrauen Altenhilfe GmbH
---	-----------------------------------	---

Interessant	Bitte tragen Sie alle Angaben in dieses Feld ein!
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
Angehörige	
Vor- und Zuname	
Straße	
Postleitzahl und Ort	
Festnetz: Telefon-Nr.	
Mobil: Telefon-Nr.	
Email	
Verwandschaftsgrad	

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

Ersteller: VW, U. Schreiber	Dokument-Nr.: VW-2	Änderungsstand: 5	Datum: 21.07.2020
Freigabe: EL, J. Schülbe	St. Katharinen- und Weißfrauen Altenhilfe GmbH Goldbergweg 85, 60599 Frankfurt		Seite 1 von 2

Menschlichkeit im Mittelpunkt 	Anmeldung zur Heimaufnahme	St. Katharinen- und Weißfrauen Altenhilfe GmbH
---	-----------------------------------	---

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					
Hausarzt					
Vor- und Zuname					
Straße					
Postleitzahl und Ort					
Telefon-Nr.					
Kostenträger					
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?					
Pflegekasse					
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
Kurze Schilderung des Krankheitsbildes					

Ort und Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

Unterschrift des Aufzunehmenden, falls
nicht Personengleichheit mit Antragsteller _____

Falls nicht möglich, bitte kurzen Vermerk _____