

Anmeldung

Für ein Angebot der Altenhilfe im Caritasverband für Stuttgart e. V.
Stauffenbergstraße 3 • 70173 Stuttgart
Tel.: 0711/ 7050-555 • Fax.: 0711/ 7050-349
pflegeberatung-altenhilfe@caritas-stuttgart.de



caritas
STUTTGART

1. Ich bitte um Vormerkung für Dauerpflege
 Kurzzeitpflege (_____ bis _____)
 Seniorenwohnung (St. Monika, St. Barbara oder Adam Müller-Guttenbrunn)

1.1. Gewünschtes Haus / Einrichtung:

- Haus St. Ulrich Haus Adam Müller-Guttenbrunn
 Haus St. Barbara Haus St. Monika
 Tagespflege Mo – Di – Mi – Do – Fr

1.2. Gewünschtes Haus / Einrichtung:

- Tagespflege im Haus St. Ulrich Tagespflege im Haus St. Monika

2. Es handelt sich um eine vorsorgliche Anmeldung dringende Anmeldung

Angaben zur Person:

Zuname (ggf. Geburtsname)	Vorname	früher ausgeübter Beruf
Geburtsdatum:	Geburtsort / Land	Konfession / Staatsangehörigkeit
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	

Ehegatte:

Zuname (ggf. Geburtsname)	Vorname	früher ausgeübter Beruf
Geburtsdatum	Geburtsort	Konfession / Staatsangehörigkeit

4. Anschrift und Telefon:

5. Zuname, Vorname, Anschrift, Telefon, **E-Mail** und Aufgabenbereiche eines/r Bevollmächtigten oder notariell bestimmten Betreuers/in (bitte Nachweise beifügen):

6. Angaben über Angehörige bzw. nahe stehende Personen, mit denen im Bedarfsfall Kontakt aufgenommen werden kann:

Zuname, Vorname Straße, PLZ, Wohnort ☎ privat/geschäftlich/**E-Mail**
Verwandtschaftsverhältnis

7. Wohnform: mit Ehegatten/Lebenspartner mit Verwandten
 allein lebend mit Bekannten

8. Hausarzt-/ärztin (Name, Anschrift, Telefon):

→ **Hinweis: Bei dringender Aufnahme ist ein aktuelles ärztliches Zeugnis erforderlich**

Wird die Versorgung weiterhin vom Hausarzt/ärztin übernommen? ja nein

9. Anschrift der Kranken- und Pflegekasse, ggf. AnsprechpartnerIn und Telefon:

Zuzahlungsbefreiung liegt vor: ja nein

Wurde ein Antrag auf Einstufung für stationäre Leistungen der Pflegeversicherung gestellt?

ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Nachweis der Einstufung liegt bei folgt

10. Patientenverfügung ja nein

11. Angaben über Einkommen * (monatlicher Betrag):

Rente/Pension € _____
 sonstige Einkünfte € _____
 Sozialhilfe € _____

12. Angaben über die voraussichtliche Aufbringung der Heimkosten:

Selbstzahler: ja
 nein, Kostenträger Sozialamt (AnsprechpartnerIn/Telefon):

13. Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

14. Hinweise, Ergänzungen, Bemerkungen:

Datum, Unterschrift der Interessentin/des Interessenten oder des/der Bevollmächtigten

* Die gemachten Angaben werden unter Beachtung des Datenschutzes gespeichert und verwendet.