

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

Ich bitte um Vormerkung für

- Dauerpflege
- Kurzzeitpflege (_____ bis _____)
- Tagespflege
- Seniorenwohnung (St. Monika, St. Barbara, Haus Martinus,
Haus Adam Müller-Guttenbrunn, Seniorenwohnpark Mönchfeld (beim St. Ulrich),
Haus Magdalena (Stuttgart-Wangen))

Gewünschtes Haus / Einrichtung:

- Haus St. Ulrich
- Haus Adam Müller-Guttenbrunn
- Haus Martinus
- Haus St. Barbara
- Haus St. Monika
- Tagespflege St. Ulrich
- Tagespflege St. Monika

Angaben zur Person:

- vorsorgliche Anmeldung

Name / Geburtsname	Vorname	früher ausgeübter Beruf		
Geburtsdatum:	Geburtsort / Land	Konfession / Staatsangehörigkeit		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden

Ehegatte: (Falls dieser ebenfalls einen Platz benötigt)

Name / Geburtsname	Vorname	früher ausgeübter Beruf
Geburtsdatum	Geburtsort	Konfession / Staatsangehörigkeit

Aktuelle Anschrift und Telefon:

- Bevollmächtigter
- gesetzlicher Betreuer

Vor- und Zuname _____

Anschrift _____

Telefon und **E-Mail:** _____

Angehörige / Bezugspersonen:

1. Vor- und Zuname _____

Anschrift _____

Telefon und **E-Mail:** _____

Verwandtschaftsgrad _____

2. Vor- und Zuname _____

Anschrift _____

Telefon und **E-Mail:** _____

Verwandtschaftsgrad _____

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

Mitgliedschaft im Hausarztprogramm? ja nein

Name und Ort der Kranken- und Pflegekasse

Versichertennummer _____

Zuzahlungsbefreiung liegt vor: ja nein

Pflegegrad: 1. 2. 3. 4. 5.

Nachweis der Einstufung liegt bei folgt

Antrag auf Pflegegrad gestellt: ja am: _____

Corona-Impfung liegt vor: ja nein wenn nein: Impfbereitschaft besteht: ja nein

Patientenverfügung ja nein (bitte Nachweis beifügen)

Angaben über Einkommen (monatlicher Betrag):

Rente/ Pension € _____ sonstige Einkünfte € _____

Angaben über die voraussichtliche Aufbringung der Heimkosten:

Selbstzahler: ja

nein, Kostenträger Sozialamt (AnsprechpartnerIn/Telefon):

Gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Wohneinheit (zwei Zimmer zur gemeinsamen Nutzung.
Nur im Haus St. Monika und Haus Martinus)

Hinweise, Ergänzungen, Bemerkungen:

Die Anmeldung gilt ab Datum für die Dauer von 5 Jahren.

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

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