

# 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  
STUTT GART

Ich bitte um Vormerkung für

- Dauerpflege  
 Kurzzeitpflege ( \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ )  
 Tagespflege  
 Seniorenwohnung (St. Monika, St. Barbara, Haus Martinus oder Haus Adam Müller-Guttenbrunn)

Gewünschtes Haus / Einrichtung:

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

Es handelt sich um eine

- vorsorgliche Anmeldung  dringende Anmeldung

## Angaben zur Person:

Zuname (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)

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

## Aktuelle Anschrift und Telefon:

- Bevollmächtigter  gesetzlicher Betreuer (bitte Nachweise beifügen)

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 \_\_\_\_\_

3. Vor- und Zuname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon und **E-Mail**: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

**Wohnform:**  mit Ehegatten/Lebenspartner  mit Verwandten  
 allein lebend  mit Bekannten

**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

**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: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung**  ja  nein (bitte Nachweis beifügen)

**Angaben über Einkommen \*** (monatlicher Betrag):

Rente/Pension € \_\_\_\_\_

sonstige Einkünfte € \_\_\_\_\_

Sozialhilfe € \_\_\_\_\_

**Angaben über die voraussichtliche Aufbringung der Heimkosten:**

Selbstzahler:  ja

nein, Kostenträger Sozialamt (AnsprechpartnerIn/Telefon):

**Gewünschte Unterbringung** Einzelzimmer  Doppelzimmer

Hinweise, Ergänzungen, Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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