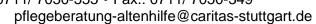
Anmeldung

Für ein Angebot der Altenhilfe im Caritasverband für Stuttgart e. V. Stauffenbergstraße 3 • 70173 Stuttgart

Tel.: 0711/7050-555 • Fax.: 0711/7050-349





Ich bitte um Vormerkung für	☐ Dauerpflege ☐ Kurzzeitpflege (bis bis	arbara, Haus Martinus,
Gewünschtes Haus / Einrichtung:	Hado Magaalena (Glatigait Wangeri)	
☐ Haus St. Ulrich	☐ Haus Adam Müller-Guttenbrunn ☐ Haus Martinus	
☐ Haus St. Barbara	☐ Haus St. Monika	
☐ Tagespflege St. Ulrich	☐ Tagespflege St. Monika	
1. Es handelt sich um eine <u>vorsorgliche Anmeldung (für den Fall, dass zu einem unbekannten Zeitpunkt eine Versorgung benötigt wird) – nur die Angaben zu 1.1 bis 1.4 ausfüllen</u>		
1.1 Angaben zur Person:	☐ vorsorgliche Anmeldung	
Name / Geburtsname	Vorname	früher ausgeübter Beruf
Geburtsdatum:	Geburtsort / Land	Konfession /Staatsangehörigkeit
Familienstand:	verheiratet verwitwet	geschieden
1.2 Ehegatte : (Falls dieser ebe	nfalls angemeldet werden soll)	
Name / Geburtsname	Vorname	früher ausgeübter Beruf
Geburtsdatum	Geburtsort	Konfession /Staatsangehörigkeit
1.3 Aktuelle Anschrift und Tel	efon:	
Die Anmeldung gilt ab Datum für die Dauer von 5 Jahren.		
1.4 Datum, Unterschrift der Interessentin/des Interessenten oder des/der Bevollmächtigten		
2. Es handelt sich um eine <u>dring</u> (es wird bereits jetzt oder kurz	ende Anmeldung fristig eine Versorgung benötigt)	
In diesem Fall benötigen wir z Informationen von Ihnen	usätzlich zu den Angaben unter 1.	1 bis 1.4 noch die folgenden
☐ Bevollmächtigter ☐ gesetzl	icher Betreuer	
Vor- und Zuname		
Anschrift		
Telefon und E-<u>Mail</u>:		

Weitere Angehörige / Bezugspersonen (falls diese nicht Bevollmächtigter/Betreuer sind):
1. Vor- und Zuname
Anschrift
Telefon und E- <u>Mail</u> :
Verwandtschaftsgrad
2. Vor- und Zuname
Anschrift
Telefon und E- <u>Mail</u> :
Verwandtschaftsgrad
Hausarzt-/ärztin: (Name, Anschrift, Telefon):
→ Hinweis: Bei dringender Aufnahme ist ein aktuelles ärztliches Zeugnis erforderlich
Wird die Versorgung weiterhin vom Hausarzt/ärztin übernommen?
Mitgliedschaft im Hausarztprogramm?
Name und Ort der Kranken- und Pflegekasse
Versichertennummer
Zuzahlungsbefreiung liegt vor:
Pflegegrad: 1. 2. 3. 4. 5. Nachweis der Einstufung liegt bei folgt
Antrag auf Pflegegrad gestellt: ja am:
Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein wenn ja: Nachweis bitte beifügen
Angaben über Einkommen (monatlicher Betrag):
☐ Rente/ Pension € Rentenbescheid beifügen! ☐ 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.