

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,
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

1. Es handelt sich um eine vorsorgliche Anmeldung (für den Fall, dass zu einem unbekanntem Zeitpunkt eine Versorgung benötigt wird) – nur die Angaben zu 1.1 bis 1.4 ausfüllen

1.1 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		

1.2 Ehegatte: (Falls dieser ebenfalls angemeldet werden soll)

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

1.3 Aktuelle Anschrift und Telefon:

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 dringende Anmeldung (es wird bereits jetzt oder kurzfristig eine Versorgung benötigt)

In diesem Fall benötigen wir zusätzlich zu den Angaben unter 1.1 bis 1.4 noch die folgenden Informationen von Ihnen

- Bevollmächtigter gesetzlicher Betreuer

Vor- und Zuname _____

Anschrift _____

Telefon und **E-Mail**: _____

Weitere Angehörige / Bezugspersonen (falls diese nicht Bevollmächtigter/Betreuer sind):

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: _____

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.