

# 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** \_\_\_\_\_

**Kennnummer des Trägers** (s. Ziffer 7 Rückseite Versichertenkarte) \_\_\_\_\_

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.