

Anmeldebogen



1. Anmeldung für

die stationäre Pflege im Seniorenzentrum

Terminwunsch: _____

die Kurzzeitpflege

Terminwunsch: von _____ bis _____

Sind Sie bereits Kunde des Caritas Seniorenzentrums St. Gallus?

2. Angaben zur Person

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon (Festnetz/mobil) _____

Geburtsdatum _____ Geburtsname _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Konfession _____ Familienstand _____

3. Angaben zu Angehörigen bzw. Personen, die in Notsituationen verständigt werden sollen

1 Name, Vorname _____

Verwandtschaftsgrad _____

Anschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon: privat _____

geschäftlich _____

Mobiltelefon _____

2 Name, Vorname _____

Verwandtschaftsgrad _____

Anschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon: privat _____

geschäftlich _____

Mobiltelefon _____

Rechnungsadresse: _____

Angehöriger 1 Angehöriger 2 Betreuer/Bevollmächtigter

4. Gesetzliche Betreuung/Vollmachten

gesetzliche Betreuung Vollmacht Sonstiges

Name, Vorname _____

Anschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon: privat _____

 Geschäftlich _____

 Mobiltelefon _____

Aufgabenkreis: _____

Bitte fügen Sie dieser Anmeldung unbedingt eine Kopie der Urkunde bei!

5. Kostenträger /Einkommensverhältnisse

5.1 Krankenkasse/Pflegekasse

Welche? _____ KV-NR.: _____

Zuzahlung: Ja Nein

Antrag bewilligt am _____ für Pflegegrad

PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Antrag auf Neubegutachtung gestellt am _____

Antrag noch in Bearbeitung

Antrag wurde abgelehnt/
ein Pflegegrad wurde nicht bewilligt mit Schreiben vom _____

Noch kein Antrag gestellt

5.2 Pflegezusatzversicherung

Welche: _____ Mitgliedsnr.: _____

5.3 Beihilfe

nein ja

Beihilfestelle: _____ in: _____

5.4 Sozialhilfe

nein ja

Beim Sozialamt _____

Antragsstellung: _____ Bewilligt am: _____

(Datum der Antragsstellung bitte eintragen) (Datum der Bewilligung bitte hier eintragen)

5.5 Sonstige Kostenträger

Welcher? _____ in: _____

Welche Leistung? _____

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Antrags/Ihrer Anträge oder (bei erfolgter Zuordnung zu einem Pflegegrad) den Bewilligungsbescheid bei, ebenso die Bescheide sonstiger Kostenträger.

Sollte ein Antrag abgelehnt worden sein, legen Sie uns bitte die Kopie des Ablehnungsbescheids vor.

6. Hausarzt

Name, Vorname _____
Anschrift _____
Telefon _____
Fax _____
E-Mail-Adresse _____

Ist die Versorgung durch ihren derzeitigen Hausarzt gewährleistet?

Hausarzt Wunsch vor Ort: _____

Konsiliarärzte: _____

7. Vorsorgliche Regelungen

Patientenverfügung vorhanden nein ja

Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie des Dokumentes bei.

8. Sonstige Bemerkungen und Wünsche

Ort, Datum und Unterschrift _____

Bei vorsorglicher Anmeldung freuen wir uns, wenn sie uns rechtzeitig informieren, falls eine Änderung der Situation eingetreten ist.

Wir danken Ihnen für Ihre persönliche Anmeldung und das damit entgegengebrachte Vertrauen!