

# 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 \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

## 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.: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit:             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/Diagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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!