

Anmeldebogen



1. Anmeldung für

die stationäre Pflege im Seniorenzentrum

Terminwunsch: _____

die Kurzzeitpflege

Terminwunsch: von _____ bis _____

Sind Sie bereits Kunde des Caritas Seniorenzentrums St. Gallus?

ja nein

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 _____

Tag/Nacht Information gewünscht? ja nein

Anschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon: privat _____

geschäftlich _____

Mobiltelefon _____

2 Name, Vorname _____

Verwandtschaftsgrad _____

Tag/Nacht Information gewünscht? ja nein

Anschrift _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon: privat _____

geschäftlich _____

Mobiltelefon _____

Rechnungsadresse: _____

Angehöriger 1 Angehöriger 2 Betreuer/Bevollmächtigter

4. Gesetzliche Betreuung/Vollmachten

- gesetzliche Betreuung Vollmacht Sonstiges
 Betreuung beantragt

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 Beihilfe

- ja nein
Beihilfestelle: _____ in: _____

5.3 Sozialhilfe

- ja nein
Beim Sozialamt _____
Antragsstellung: _____ Bewilligt am: _____
(Datum der Antragsstellung bitte eintragen) (Datum der Bewilligung bitte hier eintragen)

5.4 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 ja nein

Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie des Dokumentes bei.

8. Corona Information

Ist lag oder liegt eine Corona Infektion vor? ja nein Datum: ____

Sind sie gegen Corona geimpft? ja nein

1. Impfung: Impfstoff: _____	Datum: _____
2. Impfung: Impfstoff: _____	Datum: _____
3. Impfung: Impfstoff: _____	Datum: _____
4. Impfung: Impfstoff: _____	Datum: _____

9. Sonstige Bemerkungen

Allergien: ja nein Welche: _____

Diabetiker: insulinpflichtig Tablettenpflichtig

Herzschrittmacher: ja nein

Wunden: ja nein

Welche: _____

Hauptdiagnosen:

Sonstiges/Pflegebesonderheiten:

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!