

Caritas-St. Antonius Pflege GmbH

St. Antonius-Haus

Antoniusstraße 15

49196 Bad Laer-Remsede

Telefon 05424/23 49-0

Fax 05424/23 49-50

IK-Zeichen: 510/340 693



Anmeldung (stationäre Pflege)

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Konfession: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

_____ Tel.: _____

Gewünschter

Aufnahmetermin: möglichst bis _____

Waren Sie schon einmal Kurzzeitpflegegast bei uns? Nein Ja _____

Waren/Sind Sie Tagespflegegast bei uns? Nein Ja _____

Nehmen Sie andere ambulante Dienste in Anspruch? Nein Ja _____

Welche Gründe veranlassen Sie zur Anmeldung (bitte näher erläutern):

Angehörige:

1. Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

2. Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Besteht eine Vorsorgevollmacht (notariell beglaubigt)? Nein Ja

Falls ja, Name/Anschrift
des Bevollmächtigten: _____

Umfang der Bevollmächtigung: Vermögens-/Rechtsangelegenheiten
 Gesundheitssorge
 Aufenthaltsbestimmung

Besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz?

Nein

Ja

Falls ja,

Name/Anschrift des Betreuers: _____

Umfang der Betreuung:

Vermögens-/Rechtsangelegenheiten

Gesundheitssorge

Aufenthaltsbestimmung

Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Pflegekasse: _____ PV-Nr.: _____

Pflegestufe: _____ Bescheid vom: _____

Antrag auf Pflegekassenleistungen gestellt am: _____

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Tel.: _____

Die Heimkosten werden getragen durch:

eigenes Einkommen (Renten/Vermögen)

Sozialamt

Antrag gestellt: Nein ja am: _____

Diese Anmeldung führt zu einer verbindlichen Aufnahme in die Warteliste. Die Anfrage wird berücksichtigt, sobald ein entsprechender Platz frei wird. Sollte der Heimplatz nicht mehr benötigt werden, gebe ich unverzüglich Nachricht.

Datum

Unterschrift des Antragstellers
(ersatzweise des Betreuers oder
Bevollmächtigten)