



Name Dokument: Anmeldeformular Caritas-Altenzentren

Prozessname: Bewohnerorientierung

Geltungsbereich:
CBS CAZ
St. Ulrich

Anmeldeformular Caritas-Altenzentren

Einzug am _____

1. Pflegevariante

- Dauerpflege Tagespflege Betreutes Wohnen
- Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____
- Verhinderungspflege von: _____ bis: _____

2. Empfehlung kam von /Gründe für einen Einzug:

- von Bekannten Hausprospekt Presse Sozialdienst Krankenhaus Internet Arzt
- ambulanter Pflegedienst Sozialstation Pflegestützpunkt Tagespflege
- auf eigenen Wunsch bereits Bestandskunde sonstiges

3. Nachname: _____
(Familienname, Geburtsname)

4. Vorname(n): _____
- Rufnamen bitte unterstreichen-

5. Wohnung: _____
(Straße und Haus-Nr.) (Telefon)

(mit Hauptwohnsitz
polizeilich angemeldet) _____
(Postleitzahl) (Wohnort)

6. Derzeitiger Aufenthalt: _____
(Straße und Haus-Nr.) (Telefon)

(bei Krankenhaus oder Altenheim
bitte entsprechende Adresse) _____
(Postleitzahl) (Wohnort)

7. Geburtsdatum: _____ 8. Geburtsort: _____ 9. Familienstand: _____

10. Staatsangehörigkeit: _____ 11. Konfession: _____ 12. Erlerner Beruf: _____

13. Behindertenausweis: ja nein Grad der Behinderung: _____ Merkmal(e): _____

14. Liegt ein Bescheid der Pflegekasse vor? ja nein ist beantragt

Wenn ja, welcher Pflegegrad? 1 2 3 4 5 ohne Pflegegrad

Ggfls. Antrag für Kurzzeit-/Verhinderungs-/Vollstationäre Pflege gestellt ja nein

Höherstufungsantrag ja nein

15. Bescheid der Pflegekasse über Besitzstand liegt vor? ja nein, (bei Pflegekasse beantragen)

16. Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

17. Personalausweisnummer: _____

**18. Kontaktpersonen (Angehörige / Verwandte):****1. Bezugsperson****stellvertr. Ansprechpartner**

(Vor- und Zuname)	(Vor- und Zuname)	(Vor- und Zuname)
(Straße, Hausnummer)	(Straße, Hausnummer)	(Straße, Hausnummer)
(Postleitzahl) (Wohnort)	(Postleitzahl) (Wohnort)	(Postleitzahl) (Wohnort)
☎ _____ Mobil: _____	☎ _____ Mobil: _____	☎ _____ Mobil: _____
Telefonnummer/n	Telefonnummer/n	Telefonnummer/n
(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)
Verwandtschaftsgrad	Verwandtschaftsgrad	Verwandtschaftsgrad

19. Name des Hausarztes /der Hausärztin: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

20. Name des/r Facharztes /-in: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

21. Gesetzliche Betreuung/Vollmachten/Verfügungen Gesetzliche Betreuung Vorsorgevollmacht Generalvollmacht Patientenverfügungist beantragt ja nein_____
(Name Bevollmächtigter)_____
Anschrift**22. Wohneinheitstyp / Art des Zimmers:** Einzelzimmer Doppelzimmer**23. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen, z.B. PEG Sonde:****24. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei:** ja nein**25. Impfstatus COVID-19, Datum der Impfung(en):** _____

Die erhobenen Daten dienen der Erstellung Ihres Heimvertrages in unserer Einrichtung. Die Mitarbeiter unterliegen der Anordnung über den kirchlichen Datenschutz und sind zur Verschwiegenheit im Umgang mit personenbezogenen Daten verpflichtet. Die Daten werden umgehend gelöscht, sollten Sie nicht Gast unserer Einrichtung werden, ansonsten wird das Anmeldeformular Anlage zu Ihrem Heimvertrag.

(Ort, Datum)_____
(Name und Unterschrift des Antragstellers)