

Anmeldung zur Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege



Caritasverband
Mannheim e.V.

Die Anmeldung soll für folgende Einrichtung gelten (Bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Joseph-Bauer-Haus</p> <p>Dürkheimerstr. 94 68309 Mannheim Telefon (0621) 7201 0 Telefax (0621) 7201 1505 joseph-bauer-haus@caritas-mannheim.de</p>	<p>Horst Schroff SeniorenPflegeZentrum</p> <p>Schwabenstraße 26 68239 Mannheim Telefon (0621) 48100 0 Telefax (0621) 48100 498 hs-spz@caritas-mannheim.de</p>	<p>Maria Frieden Pflegezentrum</p> <p>Max – Joseph – Str. 46 – 48 68167 Mannheim Telefon (0621) 33813 0 Telefax (0621) 33813 81 maria-frieden@caritas-mannheim.de</p>	<p>Maria-Scherer-Haus Seniorenzentrum</p> <p>Minneburgstr. 66-70 68219 Mannheim Telefon (0621) 8791 0 Telefax (0621) 8791 691 maria-scherer-haus@caritas-mannheim.de</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Caritas-Pflegezentrum St. Josef</p> <p>Bödighheimer Weg 1 74722 Buchen – Waldhausen Telefon (06287) 9252 0 Telefax (06287) 9252 92 st.josef@caritas-mannheim.de</p>	<p>Pflegeheim St. Franziskus</p> <p>Speckweg 15 68305 Mannheim Tel.: 0621/30866500 Fax: 0621/30866501 pflegeheim-franziskus@caritas-mannheim.de</p>	<p>Franz-Pfeifer-Haus</p> <p>Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke und behinderte Menschen</p> <p>Sandrain 20a 68219 Mannheim Telefon (06 21) 170289 0 Telefax (06 21) 170289 20 fph@caritas-mannheim.de</p>	

Name:		Geburtsname:	
Vorname(n): <small>(Rufname bitte unterstreichen)</small>			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Adresse:			
Telefon:		Mobiltelefon:	
Familienstand:	Konfession:	Staatsangehörigkeit:	
Derzeitiger Aufenthalt: <small>Bitte ggf. Krankenhaus oder Reha - Einrichtung angeben</small>			
Ehegatte / Partner / Angehörige / Kontaktperson:			
1. Vor- und Zuname : _____ Wie verwandt? _____			
Adresse: _____			
Kontakt: _____		Telefon geschäftlich _____	
Telefon privat _____		E – Mail _____	
Mobiltelefon _____		E – Mail _____	
2. Vor- und Zuname : _____ Wie verwandt? _____			
Adresse: _____			
Kontakt: _____		Telefon geschäftlich _____	
Telefon privat _____		E – Mail _____	
Mobiltelefon _____		E – Mail _____	

Vorsorgevollmacht / Allgemeine Vollmacht ausgestellt auf:		Bitte Kopie beifügen
Gesetzlicher Betreuer:		Bitte Betreuerausweis in Kopie beifügen
Patientenverfügung vorhanden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte Kopie beifügen		
Kranken- / Pflegekasse:		Versichertennummer:
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ist beantragt <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welcher ?
Schwerbehinderung :		Bitte ggf. Schwerbehindertenausweis in Kopie beifügen
Kostenträger: (Zutreffendes bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> Selbstzahler, Gesamtkosten des Aufenthaltes.		
<input type="checkbox"/> Selbstzahler, abzüglich Pflegekassenanteil (nur möglich mit Kostenübernahmeerklärung der gesetzlichen Pflegekasse)		
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in _____ beantragt.		
Terminwunsch Kurzzeitpflege: vom _____ bis _____ .		
Zahl der in diesem Jahr bei der Pflegekasse bereits in Anspruch genommenen Kurzzeitpflgetage: _____		
Werden Sie durch einen ambulanten Dienst betreut?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welcher? _____		Bitte Pflegeüberleitungsbogen beifügen
		<small>Name, Anschrift</small>
Sind Sie Rezeptgebühren befreit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie als Anlage)		
Liegt eine Fahrtkostenbefreiung vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Kopie als Anlage)		
Hausarzt: _____ <small>Name und Anschrift</small>		
Zahnarzt: _____ <small>Name und Anschrift</small>		
Facharzt: 1. _____ <small>Name, Fachrichtung und Anschrift</small>		
2. _____ <small>Name, Fachrichtung und Anschrift</small>		
Kontaktmöglichkeit während der Abwesenheit des Bevollmächtigten bzw. Betreuers / Ergänzungen / Bemerkungen:		
Datum , Ort:		Unterschrift:

Bitte legen Sie der Anmeldung den Ärztlichen Fragebogen bei.