

# Anmeldung zur Kurzzeitpflege



Caritasverband  
Mannheim e.V.

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

<input type="checkbox"/> <b>Franz-Pfeifer-Haus</b> Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke und behinderte Menschen  Sandrain 20a 68219 Mannheim Telefon: (06 21) 170289 0 Telefax: (06 21) 170289 20 fph@caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> <b>Horst Schroff SeniorenPflegeZentrum</b>  Schwabenstraße 26 68239 Mannheim Telefon: (0621) 48100 0 Telefax: (0621) 48100 498 hs-spz@caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> <b>Joseph-Bauer-Haus</b>  Dürkheimerstr. 94 68309 Mannheim Telefon: (0621) 7201 0 Telefax: (0621) 7201 1505 joseph-bauer-haus@caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> <b>Maria Frieden Pflegezentrum</b>  Max – Joseph – Str. 46 – 48 68167 Mannheim Telefon: (0621) 33813 0 Telefax: (0621) 33813 81 maria-frieden@caritas-mannheim.de
<input type="checkbox"/> <b>Maria-Scherer-Haus Seniorenzentrum</b>  Minneburgstr. 66-70 68219 Mannheim Telefon: (0621) 8791 0 Telefax: (0621) 8791 691 maria-scherer-haus@caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> <b>Pflegeheim St. Franziskus</b>  Speckweg 15 68305 Mannheim Telefon: (0621) 30866 500 Telefax: (0621) 30866 501 pflegeheim-franziskus@caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> <b>Pflegezentrum St. Josef</b>  Bödighheimer Weg 1 74722 Buchen – Waldhausen Telefon: (06287) 9252 0 Telefax: (06287) 9252 92 st.josef@caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> <b>Regine-Kaufmann-Haus</b>  Goethestraße 17 68549 Ilvesheim Telefon: (0621) 172909 0 Telefax: (0621) 172909 199 regine-kaufmann-haus@caritas-mannheim.de

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

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

Bitte legen Sie der Anmeldung den Ärztlichen Fragebogen bei.