

Anmeldung zur Heimaufnahme



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 Pflegeheim angeben</small>			
Ehegatte / Partner / Angehörige / Kontaktperson:			
1. Vor- und Zuname : _____ Wie verwandt? _____			
Adresse: _____			
Kontakt: _____		Telefon geschäftlich _____	
_____		_____	
Mobiltelefon _____		E – Mail _____	
2. Vor- und Zuname : _____ Wie verwandt? _____			
Adresse: _____			
Kontakt: _____		Telefon geschäftlich _____	
_____		_____	
Mobiltelefon _____		E – Mail _____	

Vorsorgevollmacht / Allgemeine Vollmacht ausgestellt auf: Bitte Kopie beifügen

Gesetzlicher Betreuer: Bitte Betreuerausweis in Kopie beifügen

Patientenverfügung vorhanden: **Nein** **Ja** Bitte Kopie beifügen

Kranken- / Pflegekasse: **Versichertennummer:**

Pflegegrad: **Nein** **Ist beantragt** **Ja** **Wenn ja, welcher ?**

Schwerbehinderung : **Nein** **Ja** Bitte ggf. Schwerbehindertenausweis in Kopie beifügen

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR
Monatliches Einkommen nach heutigem Stand:			

Kostenträger: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

das oben angeführte monatliche Einkommen Bitte ggf. Rentenbescheid in Kopie beifügen

Pflegekasse

Zuzahlung aus Barvermögen

Unterstützung durch Sozialhilfeträger Zuständiges Sozialamt: _____

Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt Datum der Antragstellung: _____

Besteht Beihilfeanspruch? **Nein** **Ja** (Bitte Kopie als Anlage)

Sind Sie Rezeptgebührenbefreit? **Nein** **Ja** (Bitte Kopie als Anlage)

Liegt eine Fahrtkostenbefreiung vor? **Nein** **Ja** (Bitte Kopie als Anlage)

Gewünschte Wohnmöglichkeit: (Zutreffendes bitte ankreuzen) **Einzelzimmer** **Doppelzimmer**

Hausarzt: _____
Name und Anschrift

Zahnarzt: _____
Name und Anschrift

Facharzt: 1. _____
Name, Fachrichtung und Anschrift

2. _____
Name, Fachrichtung und Anschrift

3. _____
Name, Fachrichtung und Anschrift

Gewünschter Einzugstermin / Ergänzungen / Bemerkungen:

Datum , Ort:	Unterschrift:
---------------------	----------------------

Bitte legen Sie der Anmeldung den Ärztlichen Fragebogen bei.
Sollten Sie Ihre Anmeldung zum Heimeinzug zurückziehen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.