

Anmeldung zur Heimaufnahme

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

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

<input type="checkbox"/> Caritas-Zentrum Guter Hirte Gryphiusweg 62 68307 Mannheim Telefon (0621) 172916 0 Telefax (0621) 172916 90 guter-hirte@caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> Franz-Pfeifer-Haus 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"/> Horst Schroff SeniorenPflegeZentrum Schwabenstraße 26 68239 Mannheim Telefon (0621) 48100 0 Telefax (0621) 48100 498 hs-spz@caritas-mannheim.de
<input type="checkbox"/> Joseph-Bauer-Haus Dürkheimer Straße 94 68309 Mannheim Telefon: (0621) 7201 0 Telefax: (0621) 7201 1505 joseph-bauer-haus@caritas- mannheim.de	<input type="checkbox"/> Maria Frieden Pflegezentrum Max – Joseph – Str. 46 – 48 68167 Mannheim Telefon (0621) 33813 0 Telefax (0621) 33813 81 maria-frieden@caritas- mannheim.de	<input type="checkbox"/> Maria-Scherer-Haus Seniorenzentrum Minneburgstraße. 66-70 68219 Mannheim Telefon (0621) 8791 0 Telefax (0621) 8791 691 maria-scherer-haus@caritas- mannheim.de
<input type="checkbox"/> Pflegeheim St. Franziskus Speckweg 15 68305 Mannheim Telefon: (0621) 30866 0 Telefax: (0621) 30866 511 pflegeheim-franziskus @caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> Pflegezentrum St. Josef Bödighheimer Weg 1 74722 Buchen – Waldhausen Telefon: (06287) 9252 0 Telefax: (06287) 9252 92 st. josef@caritas-mannheim.de	<input type="checkbox"/> Regine-Kaufmann-Haus Goethestraße 17 68549 Ilvesheim. Telefon (0621) 172909 0 Telefax (0621) 172909 199 regine-kaufmann-haus @caritas-mannheim.de

Name.	Geburtsname:
Vorname(n): <small>(Rufname bitte unterstreichen)</small>	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse: <small>Straße / Hausnummer</small> <small>PLZ / Wohnort</small>	

Anmeldung zur Heimaufnahme



Telefon:		Mobiltelefon:					
Telefax:		E – Mail:					
Familienstand:	Konfession:	Staatsangehörigkeit:					
Derzeitiger Aufenthalt:							
<small>Bitte ggf. Krankenhaus oder Reha-Einrichtung angeben</small>							
Ehegatte / Partner / Angehörige / Kontaktperson:							
<p>1. Vor- und Zuname: _____ Beziehung? _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Kontakt: _____</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Telefon privat</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Telefon geschäftlich</small> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Mobiltelefon</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>E – Mail</small> </td> </tr> </table>				_____ <small>Telefon privat</small>	_____ <small>Telefon geschäftlich</small>	_____ <small>Mobiltelefon</small>	_____ <small>E – Mail</small>
_____ <small>Telefon privat</small>	_____ <small>Telefon geschäftlich</small>						
_____ <small>Mobiltelefon</small>	_____ <small>E – Mail</small>						
<p>2. Vor- und Zuname: _____ Beziehung? _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Kontakt: _____</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Telefon privat</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Telefon geschäftlich</small> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Mobiltelefon</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>E – Mail</small> </td> </tr> </table>				_____ <small>Telefon privat</small>	_____ <small>Telefon geschäftlich</small>	_____ <small>Mobiltelefon</small>	_____ <small>E – Mail</small>
_____ <small>Telefon privat</small>	_____ <small>Telefon geschäftlich</small>						
_____ <small>Mobiltelefon</small>	_____ <small>E – Mail</small>						
<p>3. Vor- und Zuname: _____ Beziehung? _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Kontakt: _____</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Telefon privat</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Telefon geschäftlich</small> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>Mobiltelefon</small> </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> _____ <small>E – Mail</small> </td> </tr> </table>				_____ <small>Telefon privat</small>	_____ <small>Telefon geschäftlich</small>	_____ <small>Mobiltelefon</small>	_____ <small>E – Mail</small>
_____ <small>Telefon privat</small>	_____ <small>Telefon geschäftlich</small>						
_____ <small>Mobiltelefon</small>	_____ <small>E – Mail</small>						
Vorsorgevollmacht / Allgemeine Vollmacht ausgestellt auf:							
<small>Bitte Kopie beifügen</small>							
Gesetzlicher Betreuer:							
<small>Bitte Betreuerausweis in Kopie beifügen</small>							
Patientenverfügung vorhanden: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja							
<small>Bitte ggf. Kopie beifügen</small>							
Kranken-/ Pflegekasse:		Versichertennummer:					

Anmeldung zur Heimaufnahme



Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welcher?
Schwerbehinderung : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<small>Bitte ggf. Schwerbehindertenausweis in Kopie beifügen</small>
Besteht Beihilfeanspruch? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<small>Bitte Kopie als Anlage</small>
Sind Sie Zuzahlungsbefreit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<small>Bitte Kopie als Anlage</small>
Hausarzt: _____ <div style="text-align: center;"><small>Name und Anschrift</small></div>	
Zahnarzt: _____ <div style="text-align: center;"><small>Name und Anschrift</small></div>	
Facharzt: 1. _____ <div style="text-align: center;"><small>Name, Fachrichtung und Anschrift</small></div>	
2. _____ <div style="text-align: center;"><small>Name, Fachrichtung und Anschrift</small></div>	
3. _____ <div style="text-align: center;"><small>Name, Fachrichtung und Anschrift</small></div>	
Werden Sie durch einen ambulanten Dienst betreut? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, welcher? _____ <div style="text-align: center;"><small>Name, Anschrift</small></div>	
<small>Bitte Pflegeüberleitungsbogen beifügen</small>	

Bitte ausfüllen bei Anmeldung zur Kurzzeitpflege:

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"/> Unterstützung durch Sozialhilfeträger / Zuständiges Sozialamt: _____
<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt / Datum der Antragstellung: _____
Zahl der in diesem Jahr bei der Pflegekasse bereits in Anspruch genommenen Kurzzeitpflegetage: _____
Kontaktmöglichkeit während der Abwesenheit des Bevollmächtigten bzw. Betreuers / Ergänzungen / Bemerkungen:

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte ausfüllen bei Anmeldung zur vollstationären Pflege:

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR
Monatliches Einkommen			
nach heutigem Stand:			
<p>Kostenträger: (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> das oben angeführte monatliche Einkommen Bitte ggf. Rentenbescheid in Kopie beifügen</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegekasse</p> <p><input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung durch Sozialhilfeträger / Zuständiges Sozialamt: _____</p> <p>Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt / Datum der Antragstellung: _____</p>			
<p>Gewünschte Wohnmöglichkeit: (Zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer</p>			
<p>Gewünschter Einzugstermin / Ergänzungen / Bemerkungen:</p> 			
Datum, Ort:		Unterschrift:	

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