



Caritas-Seniorenheim St. Josef
 Giesbertsstr. 65, 90473 Nürnberg
 Tel.: 0911/98 99 8-0
 Fax: 0911/98 99 8-38

Intern	<input type="checkbox"/> KZP	<input type="checkbox"/> VS
Zimmer:	
Vermietet ab:	
Einzug geplant:	

Anmeldung/Vormerkung zur Aufnahme in das Caritas-Seniorenheim St. Josef
 (Nach 2 Jahren Neuanmeldung erforderlich!)

Name: **Vorname:** **Geb.Name:**

Geb.Datum: **Geb.Ort:** **Konfession:**

Familienstand:

Wohnort: **Straße:** **Telefon:**

Krankenkasse: **KVNr**
 (bitte vollständige Anschrift)

Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegekasse ja nein beantragt

wenn ja, Pflegegrad 1 2 3 4 5

Erhalten Sie Beihilfe? ja nein

Anschrift nächster Angehöriger:

Vor- und Zuname: **Tel.Nr. priv.:** **Fa.:**

Verwandtschaftsgrad:..... **Mail:**

Anschrift:

Vor- und Zuname: **Tel.Nr. priv.:** **Fa.:**

Verwandtschaftsgrad:..... **Mail:**

Anschrift:

Vor- und Zuname: **Tel.Nr. priv.:** **Fa.:**

Verwandtschaftsgrad:..... **Mail:**

Anschrift:

Besteht eine gesetzliche Betreuung? ja nein

Bestehen Vollmachten? ja nein

Art/Umfang der Betreuung bzw. Vollmacht:

Name des Betreuers/Bevollmächtigten:

Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten:.....

Besteht eine Patientenverfügung ja nein

Hausarzt

Name und Anschrift:

..... Tel.Nr.

Benötigen Sie Sozialhilfe zur Bezahlung der Heimkosten? ja nein

Bestattungsvorsorge ist getroffen. ja nein

Name und Anschrift:

Wann soll die Aufnahme erfolgen? sofort
(Bitte evtl. Zeitraum eintragen)

Im Einzelzimmer Im 2-Zimmer-Appartement

Bitte geben Sie uns kurz Bescheid, wenn Sie an der Anmeldung/Vormerkung in unserem Haus nicht mehr interessiert sind.

Sonstige Wünsche oder Bemerkungen:

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift