

|   |   |
|---|---|
| Caritas Seniorenheim<br>St. Josef, Gerolfing<br>Eichenwaldstr. 79<br>85049 Ingolstadt<br>Tel.: 0841/49322-0<br>Fax: 0841/49322-21 | Einzugstag: .....<br>Zimmer-Nr.: .....<br>Pflegegrad: .....<br>Wäschenamen einnähen:<br>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
|---|---|

Unsere Einrichtung wurde am .....dem Interessenten und den Angehörigen vorgestellt.

## Anmeldung zur Heimaufnahme

|                  |                |                 |
|------------------|----------------|-----------------|
| Vor- und Zuname: |                |                 |
| Geburtsname:     |                |                 |
| Geburtsdatum:    | Geburtsort:    | Nationalität:   |
| Religion:        | Familienstand: | Früherer Beruf: |

|          |          |
|----------|----------|
| Adresse: | Telefon: |
|----------|----------|

## Name und Anschrift der nächsten Angehörigen

|          |             |  |
|----------|-------------|--|
| 1.       |             |  |
| E-Mail:  | Verhältnis: |  |
| Telefon: | Mobil:      |  |
| 2.       |             |  |
| E-Mail:  | Verhältnis: |  |
| Telefon: | Mobil:      |  |
| 3.       |             |  |
| E-Mail:  | Verhältnis: |  |
| Telefon: | Mobil:      |  |

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Zu welchem Zeitpunkt soll die Aufnahme erfolgen? |                                     |
| DRINGEND <input type="checkbox"/>                | VORMERKUNG <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie eine Aufnahme                       |                                     |
| <input type="checkbox"/> im Einzelzimmer         |                                     |
| <input type="checkbox"/> im Doppelzimmer         |                                     |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht eine Vollmacht, bzw. amtl. Betreuung?               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Patientenverfügung?                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kopie der Vollmacht, bzw. des Betreuungsausweises beifügen. |                             |                               |
| Name und Anschrift des Bevollmächtigten/Betreuers:          |                             |                               |

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| Name und Anschrift des Hausarztes: |      |
|                                    |      |
| Telefon:                           | Fax: |

|               |            |
|---------------|------------|
| Krankenkasse: | Adresse:   |
| Telefon:      | Fax:       |
| Pflegekasse:  | Anschrift: |
| Telefon:      | Fax:       |

|  |                             |                               |                            |                            |                            |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Bekommen Sie bereits Leistungen von der Pflegekasse? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                            |                            |                            |
| Wenn ja - welcher Pflegegrad?                        | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2    | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Wurde bereits ein Antrag auf Einstufung abgelehnt?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                            |                            |                            |

|                                      |                             |                               |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht ein Rezeptgebührenbefreiung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

|                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie beihilfeberechtigt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen o. beantragt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?                      |                             |                               |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden?                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen.<br>gültig bis: |                             |                               |

|                      |                             |                               |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bestattungsvorsorge? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

|                                   |
|-----------------------------------|
| Sonstige Wünsche und Bemerkungen: |
|                                   |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / Betreuers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden