



Wohnheim
für
ältere Menschen



CARITASHAUS ST. Elisabeth

Anmeldung zur Heimaufnahme				Erstgespräch am					
				geführt mit					
				durch					
Vollstationär		ab dem		Kurzeitpflege		vom		bis	
Einzelzimmer		Doppelzimmer		Sonstiges					
Persönliche Daten									
Name			Vorname(n)						
Geburtsname			Geburtsort						
Geburtsdatum			Konfession						
Familienstand			Pfarrei						
Beruf			Staatsangehörigkeit						
Krankenkasse			VS-Nummer						
1. Impfung COVID-19			3. Impfung COVID-19						
2. Impfung COVID-19			4. Impfung COVID-19						
Rezeptgebührenbefreiung				von		bis			
Antrag auf Pflegeleistung gestellt				am					
Vom MDK bereits eingestuft				Grad					
Kostenübernahmeantrag beim Sozialamt				am					
Zuständiges Sozialamt									
Betreuung				beantragt am					
Bisheriger Wohnsitz									
Straße			Wohnort ()						
Telefon									
Derzeitiger Aufenthalt									
Krankenhaus/APH									
Straße			Wohnort ()						
Telefon			Telefax						
Station/Wohnbereich			Ansprechpartner(in)						
Angehörige (1)									
Verwandtschaftsgrad			Ansprechpartner(in)						
Name			Vorname						
Straße			Wohnort ()						
Telefon			Handy-Nr.						
E-Mail-Adresse									
Angehörige (2)									
Verwandtschaftsgrad			Ansprechpartner(in)						
Name			Vorname						
Straße			Wohnort ()						
Telefon			Handy-Nr.						
E-Mail-Adresse									

.....weiter auf der Rückseite

Behandelnder Hausarzt			
Name	Dr.med.	Vorname	
Straße		Wohnort ()	
Telefon		Telefax/E-Mail-Adresse	
Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)			
Verwandtschaftsgrad			
Name		Vorname	
Straße		Wohnort ()	
Telefon		Handy-Nr.	
E-Mail-Adresse			
Wirkungskreise der Betreuung*			
Aufenthaltsbestimmungsrecht		Vermögenssorge	
Gesundheitssorge		Postentgegennahme	
Rentenangelegenheiten		Wohnungsauflösung	

*Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht bitte beilegen

Einkommen		
Einkommensart	Zahlende Stelle	Betrag in EUR
Barvermögen	EUR	

Heimunterbringungskosten werden	
aufgebracht durch.....	
die o.a. monatlichen Einnahmen	
Zuzahlung aus dem o.a. Barvermögen	
Kostenübernahme/Zuzahlung des Sozialamtes	
Leistungen der Pflegeversicherung	
Zuzahlung anderer Art, wie	

Heimaufnahmegrund

Antragsteller
Wer stellt den Antrag und in welcher Eigenschaft?

Unterschriften	
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers, Betreuers oder Bevollmächtigten