

**Anmeldung zur
Aufnahme
Vollstation oder Kurzzeitpflege**



**Caritas Seniorenzentrum St. Josef
Walkenriedstr. 2
47475 Kamp- Lintfort**

Telefon: 02842/ 92950-0
Telefax: 02842/ 92950-100

E-Mail: St. Josef@caritas-moers-xanten.de

1. Vor- und Zuname	
2. Adresse	
3. Derzeitiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Krankenhaus, welches: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> andere Einrichtung, welche:
4. Geburtsdatum	
5. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
6. Religion	<input type="checkbox"/> römisch katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> andere, und zwar :
7. Staatsangehörigkeit	
8. Beruf	
9. Kranken- und Pflegekasse	Kranken- und Pflegeversicherung: Versichertennummer: Ort:
10. Zuzahlungen	<input type="checkbox"/> von der Zuzahlung befreit (bitte Kopie Befreiungsausweis beifügen) <input type="checkbox"/> nicht von der Zuzahlung befreit
11. Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/> Antrag bei der Pflegekasse gestellt Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> (bitte den Bescheid in Kopie zufügen) <input type="checkbox"/> Antrag abgelehnt
12. Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> es liegt eine Schwerbehinderung vor (bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises vorlegen)

13. Hausarzt	Name:
	Adresse:
	Telefon:
14. Facharzt (z.B. Neurologe, Psychiater)	Name:
	Fachrichtung:
	Adresse:
	Telefon:
15. Ansprechpartner für die Aufnahme	Vor- und Zuname:
	Adresse:
	Telefon:
	E-Mail:
	Verwandtschaftsverhältnis:
16. Gerichtlich bestellter Betreuer oder Bevollmächtigter	Vor- und Zuname:
	Adresse:
	Telefon:
	E-Mail:
	Verwandtschaftsverhältnis:
	Wirkungskreis: <input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> nicht alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> finanzielle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> gesundheitliche Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Sonstiges (Bitte Kopie der Bestellung oder Vollmacht beifügen)

17. Angehörige	1.Vor- und Zuname:
	Adresse:
	Telefon:
	Verwandtschaftsverhältnis:
	2.Vor- und Zuname:
	Adresse:
	Telefon:
	Verwandtschaftsverhältnis:
18. Finanzierung	<input type="checkbox"/> Renteneinkünfte (bitte den letzten Rentenbescheid und Bescheide über Betriebsrente etc. hinzufügen) <input type="checkbox"/> eigenes Vermögen <input type="checkbox"/> Anspruch auf Sozialleistungen (bitte Unterlagen des Sozialamtes beifügen) <input type="checkbox"/> Sonstige Finanzierung <input type="checkbox"/> Ich benötige weitere Beratung zu Fragen der Finanzierung durch die Verwaltung
19. Gewünschter Einzugstermin	Ab: Bis (bei Kurzpflge):

Bitte vergewissern Sie sich vor Abgabe der Anmeldung, ob alle Angaben vollständig und richtig sind. Bei Fragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unter der Rufnummer 02842/ 929500 gerne zur Verfügung

Ort, Datum:
Unterschrift d. Antragstellers oder Rechtlicher Vertreter: