

## Anmeldeformular Caritas-Altenzentren

Einzug am \_\_\_\_\_

### 1. Pflegevariante

- Dauerpflege                       Tagespflege                       Betreutes Wohnen  
 Kurzzeitpflege                      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Verhinderungspflege                      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 2. Empfehlung kam von / Gründe für den Einzug:

- von Bekannten                       Hausprospekt                       Presse                       Internet                       Arzt  
 ambulanter Pflegedienst                       Sozialstation                       Pflegestützpunkt                       Tagespflege  sonstiges

### 3. Nachname:

\_\_\_\_\_ (Familiename, Geburtsname)

### 4. Vorname(n):

\_\_\_\_\_ - Rufnamen bitte unterstreichen -

### 5. Wohnung:

\_\_\_\_\_ (Straße und Haus-Nr.) \_\_\_\_\_ (Telefon)

(mit Hauptwohnsitz  
polizeilich angemeldet) \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl) (Wohnort)

### 6. Derzeitiger Aufenthalt:

\_\_\_\_\_ (Straße und Haus-Nr.) \_\_\_\_\_ (Telefon)

(bei Krankenhaus oder Altenheim  
bitte entsprechende Adresse) \_\_\_\_\_  
(Postleitzahl) (Wohnort)

7. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ 8. Geburtsort: \_\_\_\_\_ 9. Familienstand: \_\_\_\_\_

10. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ 11. Konfession: \_\_\_\_\_ 12. Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

13. Behindertenausweis:  ja                       nein                      Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Merkmal(e): \_\_\_\_\_

14. Liegt ein Bescheid der Pflegekasse vor?  ja                       nein                       ist beantragt  
 Wenn ja, welcher Pflegegrad:  1                       2                       3                       4                       5                       ohne Pflegegrad  
 Höherstufungsantrag:  ja                       nein

15. Wurde die Notwendigkeit eines vollstationären Heimeinzugs durch die Pflegekasse festgestellt?

ja                       nein

16. Geschäftsstelle der Krankenkasse:

