

Aufnahmeantrag

Caritas Haus St.-Anna

St.-Anna-Str. 15

33415 Verl

Telefon: 05246 / 961 - 3

E-Mail: kontakt.verl@caritas-gt.de



Caritas
Gütersloh

Helfen. Pflegen. Beraten.

Bitte füllen Sie diesen Aufnahmeantrag bei Interesse an einem Heimplatz aus und geben ihn an uns zurück. Falls Sie Hilfe dabei benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Für die Angaben zur Pflegesituation ziehen Sie bitte Ihren Hausarzt oder im Falle von Krankenhausaufenthalt bzw. ambulanter Versorgung das Pflegepersonal hinzu.

Personalien

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtstag / -ort:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Aufenthaltort (aktuell):

Straße/ Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

Mobil-Telefon:

E-Mail-Adresse:

Krankenkasse / Pflegekasse:

KV-Nr.:

Zuzahlungsbefreiung:

☐

ja

☐

nein

Hausarzt

Name:

Straße/ Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Angehörige (r) / Bevollmächtigte (r) / gesetzl. Betreuer (in)

1. Bezug:

Name:

Vorname:

Verhältnis zum Interessenten:

Straße/ Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

2. Bezug:

Name:

Vorname:

Verhältnis zum Interessenten:

Straße/ Hausnr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

Einkommenssituation

Höhe des monatlichen Einkommens in €:

Vermögen unter 10.000,- €

☐

ja

☐

nein

(zusätzl. Schonvermögen in H. v. 5.000,- € als festgelegte Bestattungsvorsorge möglich)

Wenn ja:

- Antrag auf Pflegewohngeld stellen (Pflegeheim)

- Antrag auf Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) stellen (Angehörige (r))

Vollmachten

Vorsorgevollmacht vorhanden

☐

ja

☐

nein

Patientenverfügung vorhanden

☐

ja

☐

nein

Betreuungsurkunde

☐

ja

☐

nein

Aktuelle Pflegesituation

Pflegeeinstufung vom:

Pflegegrad:

☐

2

☐

4

☐

3

☐

5

(Eine Aufnahme ist erst ab PG 2 möglich.)

Heimbedürftigkeitsbescheinigung liegt vor

☐

ja

☐

nein

Gewünschter Einzugstermin:

Falls kein Zimmer frei ist, wünschen Sie in die "Warteliste" aufgenommen zu werden?

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, bitten wir um eine kurze Mitteilung, falls Ihrerseits kein Interesse mehr an einem Platz besteht.

Zimmerwunsch:

☐

Einzelzimmer

☐

Doppelzimmer

Demenzerkrankung bekannt

☐

ja

☐

nein

Andere Erkrankungen, die die Pflegebedürftigkeit begründen:

.....

Hilfebedarf

tägl.

zeitweise

nein

Körperpflege (Waschen, Ankleiden,
Zahnpflege)

☐☐☐

Darm- / Blasenentleerung (Inkontinenz)

☐☐☐

Ernährung (mundgerechte Zubereitung,
Aufnahme, Sondenkost)

☐☐☐

Mobilität (Gehen, Stehen, Lagerungen,
Hilfsmittel)

☐☐☐

Alltagskompetenz (Sehen, Hören, Sprechen,
Tagesstrukturierung, Orientierung)

☐☐☐

Sonstiges:

.....

Ort, Datum:

.....

Unterschrift (Interessent oder Bevollmächtigter):

.....