

**Anmeldung
für den Einzug in das Altenzentrum St. Norbert**

Laakstraße 78, 44534 Lünen, Telefon 02306 7008-0, empfang-stnorbert@caritas-luenen.de

Vollstationär ab wann: _____

Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

1. Persönliche Angaben

1.1	Familiennamen		geborene(r)	
	Vorname			
1.2	Anschrift			
1.3	Derzeitiger Aufenthaltsort: (Name, Anschrift)	<input type="checkbox"/> KH <input type="checkbox"/> Kur/Reha <input type="checkbox"/> Seniorenheim		
1.4	Geburtsdatum:		1.5 Geburtsort:	
1.6	Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
1.7	Konfession:		1.8 Staatsangehörigkeit:	

2. Angaben zu den Angehörigen/Ansprechpartnern

2.1	Verhältnis zum Bewohner:			
2.1.1	Familiennamen		geborene(r)	
	Vorname		Telefon	
2.1.2	Anschrift			
2.1.3	Email-Adresse:			
2.1.4	Sind Sie der Hauptansprechpartner und Rechnungsempfänger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

3. Angaben zu weiteren Angehörigen/Ansprechpartnern

3.1	Verhältnis zum Bewohner:			
3.1.1	Familiennamen		geborene(r)	
	Vorname		Telefon	
3.1.2	Anschrift			
3.1.3	Email-Adresse:			
3.1.4	Sind Sie der Hauptansprechpartner und Rechnungsempfänger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

4. Angaben zu weiteren Angehörigen/Ansprechpartnern

4.1	Verhältnis zum Bewohner:		
4.1.1	Familienname	geborene(r)	
	Vorname	Telefon	
4.1.2	Anschrift		
4.1.3	Email-Adresse:		
4.1.4	Sind Sie der Hauptansprechpartner und Rechnungsempfänger?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5. Berechtigte (Betreuer nach Betreuungsrecht) oder Inhaber einer Vollmacht

Name, Anschrift, Telefon	
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	
Weitere Bereiche:	
Bestallungsurkunde oder Vollmacht liegt vor?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	

6. Finanzierung der Heimkosten

6.1	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> PG1 <input type="checkbox"/> PG2 <input type="checkbox"/> PG3 <input type="checkbox"/> PG4 <input type="checkbox"/> PG5	(Bescheid beifügen)
	Bei PG1, wurde ein Antrag auf Höherstufung gestellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein am:
6.2	Die Heimkosten werden finanziert:		
	<input type="checkbox"/> ausschließlich mit dem Einkommen (Selbstzahler) <input type="checkbox"/> sonstiger Kostenträger <input type="checkbox"/> durch zuständigen Sozialhilfeträger / Sozialamt		
6.2.1	Der Grundantrag beim zuständigen Sozialamt in:		
	wurde gestellt am:		

7. Einkünfte des Interessenten (bei Selbstzahlern bitte weiter mit 8.)

7.1	Zahlstelle		Euro / Monat	
	Rentennummer			
7.2	Zahlstelle		Euro / Monat	
	Rentennummer			
7.3	Sonstige Einkünfte			
	Zahlstelle		Euro / Monat	
	Rentenbescheid(e)	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		

8. Krankenkasse / Pflegekasse

	Mitglieds-Nr.
--	---------------

9. Ärzte

Hausarzt: Name, Anschrift, Telefon	
Fachärzte: Name, Anschrift, Telefon, Fachrichtung	

10. Weitere Angaben

10.1	Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.2	Arzneimittelbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein bis:
10.3	Patientenverfügung vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.4	Werden z.Zt. ambulante Hilfen in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Welche?	
10.5	Wurde bereits ein Pflegedienst in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Name, Anschrift, Telefon des Pflegedienstes	
10.6	Gibt es besondere Wünsche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Welche?	

Ort, Datum

Unterschrift