

Anmeldung

für den Einzug in das Seniorenzentrum an der Lippe

Merschstraße 31, 44534 Lünen, Telefon 02306 76515-0, empfang-szl@caritas-luenen.de

Vollstationär ab wann: _____

Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

1. Persönliche Angaben

1.1	Familienname		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 zum Hauptansprechpartner und Rechnungsempfänger

2.1	Verhältnis zum Bewohner:			
2.1.1	Familienname		geborene(r)	
	Vorname		Telefon	
			Mobil	
2.1.2	Anschrift			
2.1.3	Rechnungsversand per E-Mail erwünscht?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.1.4	E-Mail-Adresse			

3. Angaben zu weiteren Angehörigen/Ansprechpartnern

3.1	Verhältnis zum Bewohner:			
3.1.1	Familienname		geborene(r)	
	Vorname		Telefon	
			Mobil	
3.1.2	Anschrift			
3.1.3	Email-Adresse:			

4. Angaben zu weiteren Angehörigen/Ansprechpartnern

4.1	Verhältnis zum Bewohner:		
4.1.1	Familienname	geborene(r)	
		Telefon	
	Vorname	Mobil	
4.1.2	Anschrift		
4.1.3	Email-Adresse:		

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:	
Bestellungsurkunde oder Vollmacht liegt vor und an das SZL übergeben?	
<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"/> 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 und an das SZL übergeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.2	Arzneimittelbefreiung und an das SZL übergeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein bis:
10.3	Patientenverfügung vorhanden und an das SZL übergeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.4	Wurde bereits ein Pflegedienst in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Name, Anschrift, Telefon des Pflegedienstes	
10.5	Wurden in diesem Jahr bereits Leistungen der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, bitte Information der Pflegekasse über das zur Verfügung stehende Restbudget für Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege beifügen.	
10.6	Wann war die erstmalige Aufnahme in die vollstationäre Pflege?	
10.7	Gibt es besondere Wünsche? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Unterschrift

