

ANMELDEBOGEN

1. ANMELDUNG FÜR

die stationäre Pflege im Seniorenzentrum

Terminwunsch: _____

vorsorgliche Anmeldung

die Tagespflege

Wochentag(e): **Mo** **Di** **Mi** **Do** **Fr**

die Kurzzeitpflege

Terminwunsch: von _____ bis _____

das betreute Wohnen/Service-Wohnen

Sind Sie bereits Kunde einer Einrichtung/eines Dienstes der Keppler-Stiftung?

Wenn ja, Einrichtung/Dienst: _____

2. ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon (Festnetz/mobil) _____

Geburtsdatum _____ Geburtsname _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Freiwillige Angaben:

Konfession _____

Familienstand _____

3. PERSONEN, DIE IN NOTSITUATIONEN VERSTÄNDIGT WERDEN SOLLEN

1. Name, Vorname _____
Anschrift _____
E-Mail-Adresse _____
Telefon: privat _____ geschäftlich _____
Mobiltelefon _____
Freiwillige Angaben: Verwandtschaftsverhältnis _____

2. Name, Vorname _____
Anschrift _____
E-Mail-Adresse _____
Telefon: privat _____ geschäftlich _____
Mobiltelefon _____
Freiwillige Angaben: Verwandtschaftsverhältnis _____

3. Name, Vorname _____
Anschrift _____
E-Mail-Adresse _____
Telefon: privat _____ geschäftlich _____
Mobiltelefon _____
Freiwillige Angaben: Verwandtschaftsverhältnis _____

4. GESETZLICHE BETREUUNG | VOLLMACHTEN

gesetzliche Betreuung Vollmacht Sonstiges

Name, Vorname _____
Anschrift _____
E-Mail-Adresse _____
Telefon: privat _____ geschäftlich _____
Mobiltelefon _____

Bitte fügen Sie dieser Anmeldung unbedingt eine Kopie der Urkunde bei!

5. KOSTENTRÄGER

5.1 PFLEGEKASSE/KRANKENKASSE

Welche? _____ in: _____

Antrag bewilligt am _____ für Pflegegrad
 eins (1) zwei (2) drei (3) vier (4) fünf (5)

Antrag auf Neubegutachtung gestellt am _____
 Antrag noch in Bearbeitung
 Antrag wurde abgelehnt/
ein Pflegegrad wurde nicht bewilligt mit Schreiben vom _____
 Noch kein Antrag gestellt

5.2 BEIHILFE

nein ja

Beihilfestelle: _____ in: _____

5.3 SOZIALHILFE

nein ja

Beim Sozialamt _____

Antragsstellung: _____ Bewilligt am: _____
(Datum der Antragsstellung bitte eintragen) (Datum der Bewilligung bitte hier eintragen)

5.4 SONSTIGE KOSTENTRÄGER

Welcher? _____ in: _____

Welche Leistung? _____

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Antrags/Ihrer Anträge oder (bei erfolgter Zuordnung zu einem Pflegegrad) den Bewilligungsbescheid bei, ebenso die Bescheide sonstiger Kostenträger.

Sollte ein Antrag abgelehnt worden sein, legen Sie uns bitte die Kopie des Ablehnungsbescheids vor.

6. HAUSARZT

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail-Adresse _____

7. VORSORGLICHE REGELUNGEN

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie des Dokumentes bei.

8. SONSTIGE BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

Ort, Datum und Unterschrift _____

Bei vorsorglicher Anmeldung freuen wir uns, wenn Sie uns rechtzeitig informieren, falls eine Änderung der Situation eingetreten ist.

Wir danken Ihnen für Ihre persönliche Anmeldung und das damit entgegengebrachte Vertrauen!

Seniorenzentrum Clarissenhof, Söflingen
Clarissenstraße 11 | 89077 Ulm
Fon: 0731 936 78-0 | Fax: 0731 936 78-20
kepler-stiftung@clarissenhof-ulm.de
www.clarissenhof-ulm.de

Bankverbindung: Landesbank BW
IBAN DE49 6005 0101 0002 9841 55
BIC SOLADEST600



Mitglied im
Caritasverband der
Diözese Rottenburg-
Stuttgart e.V.