



Theresia
Albers
Stiftung

- Altenheim St. Josef** 02324 / 59 96 – 0 Fax: - 60
- Seniorenzentrum Mauritius** 02324 / 68 65 6 – 0 Fax: - 660
- Seniorenzentrum Marienheim** 0201 / 8 58 16 – 0 Fax: - 55
- Haus Elisabeth** 02333 / 6 09 62 – 0 Fax: - 650

Anmeldung zum Einzug vollstationär **Kurzzeitpflege**

Name, Vorname: _____	Telefon: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Geburtsname: _____	Familienstand: _____
Anschrift: _____ (Straße)	_____ (Ort)
Aufenthalt z. Zt. Telefon: _____	(z. B. Krankenhaus)
Konfession: <input type="checkbox"/> RK <input type="checkbox"/> EV andere: _____	Staatsangeh.: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____ andere

Gewünscht wird:
<input type="checkbox"/> dringend <input type="checkbox"/> vorsorglich
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
<input type="checkbox"/> bereits _____ Tage Kurzzeitpflege im lfd. Jahr in Anspruch genommen

Angehörige (auch nahestehende Bekannte)	
1.	
Vor- und Zuname: _____	Telefon: _____
Verwandtschaftsgrad: _____	
Anschrift: _____ (Straße)	_____ (Ort)
2.	
Vor- und Zuname: _____	Telefon: _____
Verwandtschaftsgrad: _____	
Anschrift: _____ (Straße)	_____ (Ort)

Krankenkasse: _____ beihilfeberechtigt? ja
wenn nicht am Ort,
Anschrift der Kasse angeben: _____

Die Kosten zur Unterbringung werden aufgebracht durch:

Rente € _____ Vermögen € _____

Mir ist bekannt, dass ich bei nicht ausreichendem Einkommen zur Deckung der Kosten einen Antrag beim zuständigen Sozialamt **vor Einzug** stellen muss.

Sozialhilfe Antrag gestellt am: _____

Wurden sie bereits vom MDK besucht? ja nein

Welcher Pflegestufe sind Sie zugeordnet? 1 2 3

Liegt das aktuelle Pflegegutachten vor? ja nein

Heimpflegebedürftigkeitserklärung beantragt ja nein

Verschlimmerungsantrag liegt vor ja nein

§§ Betreuer/Vorsorgevollmacht

Vor- und Zuname: _____ Telefon: _____

bestellt seit: _____

Anschrift: _____ (Straße) _____ (Ort)

Wirkungskreis:

Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge

Hausarzt:

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____ (Straße) _____ (Ort)

Ich wurde vorab über die Leistungen und die aktuellen Pflegesätze nach § 3 WBVG der Einrichtung informiert

Ort, Datum

Unterschrift