



## Anmeldung für die Senioreneinrichtung:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> St. Josef in Hattingen      | <input type="checkbox"/> St. Mauritius in Hatt.-Niederwenigern |
| <input type="checkbox"/> Haus Elisabeth in Ennepetal | <input type="checkbox"/> Marienheim in Essen-Überruhr          |
| <input type="checkbox"/> St. Marienstift in Bochum   | <input type="checkbox"/> St. Mauritius-Stift in Bochum         |

Für die:

**Vollstationäre Pflege**

**Kurzzeitpflege**

Name, Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Geburtsname: _____	Familienstand: _____
Anschrift: _____ <small>(PLZ/Ort)</small>	_____ <small>(Straße/Hausnummer)</small>
Telefon: _____	E-Mail: _____
Aufenthalt z. Zt. (z. B. Krankenhaus) _____	Telefon: _____
Konfession: <input type="checkbox"/> RK <input type="checkbox"/> EV andere: _____	Staatsangehörigkeit.: _____

<b>Gewünscht wird:</b>	
<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> vorsorglich
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer

## Angehörige (auch nahestehende Personen)

1.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_   
(PLZ/Ort)

2.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_   
(PLZ/Ort)

**Bitte die Rufnummer angeben unter der Sie dauerhaft zu erreichen sind!**

Privat versichert

Gesetzlich versichert

Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_ beihilfeberechtigt?  ja

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Die Kosten zur Unterbringung werden aufgebracht durch:

Rente/n

Vermögen

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

Antrag „Hilfe zur Pflege“ beim zuständigen Sozialamt wurde gestellt, am: \_\_\_\_\_

Wurden sie bereits vom Medizinischen Dienst begutachtet?  ja  nein

Welche Pflegegrad haben Sie?  keinen  1  2  3  4  5

### **Vorsorgevollmacht** erteilt für

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_   
(PLZ/Ort)

### **Gesetzlicher Betreuer**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_   
(PLZ/Ort)

Bestellt seit: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Aufgabenkreise:

- Wohnungsangelegenheiten  Vermögenssorge  Gesundheitsfürsorge  
 Aufenthaltsbestimmung  Anträge/Behördenangelegenheiten  
 Entgegennahme/Öffnen der Post

### **Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_   
(PLZ/Ort)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift