



Caritas Altenzentrum St. Josef, Tonnaer Straße 9/11, 99947 Bad Langensalza  
 Tel. 03603/835-000 Fax: 03603/835-180  
 st.josef-langensalza@caritas-cte.de



**Anmeldung zur**

- Heimaufnahme                       altersgerechten Wohnung  
 Hausgemeinschaft                 Kurzzeitpflege (KZP)  
**Demenzerkrankte**

Termin zur Aufnahme

KZP von Pflegekasse  
 genehmigt von – bis

1. Vor- und Zuname

2. Adresse /Straße/PLZ/Ort

Telefon

3. Derzeitiger Aufenthalt  
 (bei Krankenhaus oder  
 Altenheim bitte ent-  
 sprechende Adresse)

Telefon

4. Geburtsdatum/-ort

5. Familienstand

6. Konfession

7. Staats-  
 angehörigkeit

8. Angehörige

a) Name:..... Wie verwandt:.....  
 Straße/PLZ/Ort:.....  
 Telefon:..... dienstl.:..... Mobil:.....

b) Name:..... Wie verwandt:.....  
 Straße/PLZ/Ort:.....  
 Telefon:..... dienstl.:..... Mobil:.....

c) Name:..... Wie verwandt:.....  
 Straße/PLZ/Ort:.....  
 Telefon:..... dienstl.:..... Mobil:.....

9. Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter

Name:..... Telefon:.....

Straße/PLZ/Ort:.....

Wirkungskreis der Betreuung-/Vorsorgevollmacht:.....

10. Hausarzt                      Name

Straße/PLZ/Ort

Telefon

11. Gewünschte Unterbringung     nur Einzelzimmer     nur Doppelzimmer     beides möglich

12. Krankenkasse:                      Pflegegrad:                      KV-Nr.:

13. Kostenträger    Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?    ja                      nein  
 Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift Betreuer /  
 Vorsorgebevollmächtigte