



Anmeldung

Bitte verwenden Sie einen schwarzen Stift!

Anmeldung zur:

- stationäre Aufnahme
- Wohngemeinschaft für Demenzerkrankte
- altersgerechtes Wohnen/Servicewohnen
- Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Einrichtung

Name	
Einzugsdatum	

Daten zum Bewohner(in)

Name		Geburtsname	
Vorname(n)			
Adresse			
Telefon		Mobil	
Derzeitige Adresse¹			

Geburtsdatum		Geburtsort	
Familienstand		Beruf/Letzte Tätigkeit	
Staatsangehörigkeit		Konfession	
Kirchgemeinde			
Name d. Ehepartners			

Krankenkasse		Pflegegrad	
Versicherungsnummer		Med. Zahlungsbefreiung	
Rundfunkbeitragsnr.		Befreit bis	

Impfstatus	
-------------------	--

Schwerbehindertenausweis	
Kostenträger	<input type="radio"/> Selbstzahler <input type="radio"/> Andere Kostenträger (Welche?)

¹ Bei vorübergehendem Aufenthalt z.B. im Krankenhaus, bei Angehörigen o.ä.



1. Angehörige(r)

Name		Verwandtschaftsgrad	
Adresse			
Telefon		Mobil	
E-Mail			

2. Angehörige(r)

Name		Verwandtschaftsgrad:	
Adresse			
Telefon		Mobil	
E-Mail			

Betreuer/ Bevollmächtigter

Name			
Adresse			
Telefon		Mobil	
E-Mail			
Aufgabenkreis	<input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="radio"/> Behördenangelegenheiten	<input type="radio"/> Vermögen
	<input type="radio"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="radio"/> Freiheitsentzug	

Hausarzt

	Bisheriger Hausarzt	Neuer Hausarzt
Adresse		
Telefon		

Rechnungsempfänger

elektronische Rechnungslegung gewünscht	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn Ja, bitte E-Mail ergänzen	

Wenn abweichend von Angehörigen/ Betreuer/ Bevollmächtigter

Adresse	
E-Mail	



caritas
Trägergesellschaft
„St. Elisabeth“

Weiteres

Lastschriftmandat:²	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Zimmer:	<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer	<input type="radio"/> beides möglich
Raucher*in	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Dringlichkeit:			

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

² Wenn ja, bitte beiliegendes Faltblatt ausfüllen