



# Anmeldung

zur:

Caritas Altenhilfe im Erzbistum  
Paderborn gem. GmbH

Kurzzeitpflege  Verhinderungspflege  vollstat. Pflege

Gespräch geführt am: \_\_\_\_\_ Geplanter Zeitraum: \_\_\_\_\_

Möblierung \_\_\_\_\_  Telefon \_\_\_\_\_  TV \_\_\_\_\_  Zeitung \_\_\_\_\_  Patches \_\_\_\_\_ Zimmer- Nr.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtstag, -ort \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Grund der Heimaufnahme: \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Apotheke \_\_\_\_\_  Kooperationsapotheke  
des Hauses

In diesem Jahr bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen:  ja  nein Zeitraum: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis  ja  nein Zuzahlungsbefreiung  ja  nein

Beihilfeberechtigt  ja  nein Patientenverfügung  ja  nein Covid 19 geimpft  ja  nein

Aufnahme direkt v. Krankenhaus  ja  nein \_\_\_\_\_

Kranken-/Pflegekasse \_\_\_\_\_ Vers. \_\_\_\_\_

Pflegegrad  beantragt  vorl. 2  2  3  4  5; amb. Pflege: \_\_\_\_\_

Voraussichtl. Finanzierung KZP:  Selbstzahler  Sozialhilfe

vollstat.:  Selbstzahler  Pflegewohngeld  Sozialhilfe

## Angehöriger:

Name, Vorname \_\_\_\_\_  Vorsorgebevollmächtigter /  Betreuer

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

## Angehöriger :

Name, Vorname \_\_\_\_\_  Vorsorgebevollmächtigter /  Betreuer

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Ich bin auf das St. Michael aufmerksam geworden durch: \_\_\_\_\_