

## Anmeldeformular

<b>Katharinenstift Heilbron gGmbH</b> Arndtstraße 12 74074 Heilbronn	Tel.: 07131/ 56-3830 Fax: 07131/56-3819
--	--

### 1. Gewünschter Zeitpunkt der Heimaufnahme

- baldmöglichst  
  Aufnahme ab .....  
  vorsorgliche Anmeldung  
  Kurzzeitpflege  
 von ..... bis .....

### 2. Angaben zur Person

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsname:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Familienstand:</b>	
<b>Konfession:</b>	
<b>Derzeitige Anschrift:</b> (bei Krankenhausaufenthalt oder Pflegeheimaufenthalt bitte entsprechende Adresse)	

### 3. Pflegeversicherung

<b>Bezeichnung und Anschrift der Pflegekasse:</b>	
<b>Antrag auf Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen (nach § 42 SGB XI):</b>	<input type="checkbox"/> wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> wurde bislang nicht gestellt
<b>Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkasse:</b>	<input type="checkbox"/> begutachtet am: _____ <input type="checkbox"/> noch nicht begutachtet
<b>Einstufung liegt vor:</b>	<input type="checkbox"/> Ja, in Pflegestufe: _____ seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein

### 4. Krankenkasse

<b>Bezeichnung und Anschrift:</b>	
<b>Mitgliedsnummer:</b>	

### 5. Gesetzliche Betreuung / Vollmacht

<b>Besteht eine notariell beurkundete Vollmacht?</b> Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Besteht eine gesetzliche Betreuung gem. § 1896ff BGB?</b> Name und Anschrift des Betreuers:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wurde die Vollmacht oder gesetzliche Betreuung angeregt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Besteht eine Patientenverfügung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### 6. Finanzierung der Heimkosten

<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Sozialamt
<b>Wann wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt?</b>		
<b>Durch welche Person wurde der Sozialhilfeantrag gestellt?</b>		
<b>Rechnungsadresse</b>		

### 7. Antragsteller (wenn nicht identisch mit den Angaben in Punkt 2.)

<b>Name:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Telefonnummer: Nach Möglichkeit Emailadresse:</b>	
<b>Verwandtschaftsverhältnis:</b>	
<b>Weitere Angehörige/ Bezugspersonen:</b>	

Arztbericht, Pflegebericht und die Angaben zur Person:

liegen diesem Antrag bei     werden nachgereicht

Den Eigenanteil pro Monat (siehe Preisblatt) habe ich zur Kenntnis genommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers