

Anmeldeformular

Katharinenstift Heilbron gGmbH Arndtstraße 12 74074 Heilbronn	Tel.: (07131) 27 15 0 Fax: (07131) 27 15-109
--	---

1. Gewünschter Zeitpunkt der Heimaufnahme

- baldmöglichst
 Aufnahme ab
 vorsorgliche Anmeldung
 Kurzzeitpflege
 von bis

2. Angaben zur Person

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

3. Pflegeversicherung

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

4. Krankenkasse

Bezeichnung und Anschrift:	
Mitgliedsnummer:	



5. Gesetzliche Betreuung / Vollmacht

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

6. Finanzierung der Heimkosten

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

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

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

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