

 <b>Katharinenstift</b> <small>Ortsnah in guten Händen.</small>	<b>Katharinenstift Mönchengladbach</b> <b>gGmbH</b> <b>Qualitätsmanagement</b>	<b>Prozess</b> <b>Einzug in die</b> <b>vollstationäre</b> <b>Einrichtung</b>
	<b>4.1.2 Sozialer Dienst</b>	

### Anmeldung

Gewünschte Wohnform:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

#### **1. Personalien**

Familienname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

#### **2. Wohnsitz**

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus etc.): \_\_\_\_\_

#### **3. Familienstand**

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

#### **4. Anzahl Kinder**

Anzahl: \_\_\_\_\_

#### **5. Konfession**

evangelisch  römisch-katholisch  sonstige

#### **6. Staatsangehörigkeit**

Deutsch  andere: \_\_\_\_\_

#### **7. Krankenkasse**

Name: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

#### **8. Pflegekasse:**

Name: \_\_\_\_\_

#### **9. Angaben zur Pflegeversicherung**

Erstellung:	Freigabe:	Datum:	Version 4.0	Stand: 06.03.2017
Fachbereich	GF & HL	Oktober 2006		Seite 1 von 4

Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt?  ja  nein

Liegt eine Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung vor?  ja  nein

Wenn ja, für welchen Pflegebereich?  ambulant  stationär

Für welchen Pflegegrad?  1  2  3  4  5

Liegt die "Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug" des Medizinischen Dienstes (MDK) Ihrer Pflegekasse vor?

ist beantragt  ja  nein

### **10. Mit wem ist Rücksprache zu führen?**

Angehörige  1  2

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Wie verwandt? \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

### **11. Betreuerin / Betreuer gemäß § 1896 BGB / Vorsorgevollmacht**

Eine Betreuung  ist beantragt  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde / Vorsorgevollmacht beifügen!

## **Vorsorgevollmacht**

Aufgabenkreis:

Vermögenssorge  Aufenthalt  Gesundheit  sonstiges

### **Erklärung zur Finanzierung**

Erstellung:	Freigabe:	Datum:	Version 4.0	Stand: 06.03.2017
Fachbereich	GF & HL	Oktober 2006		Seite 2 von 4

## 1. Monatliches Einkommen

Art des Einkommens

Betrag


Vermögen

ja

nein

Grundbesitz

ja

nein

Sparguthaben

ja, Betrag: \_\_\_\_\_

nein

## **2. Die Kosten werden finanziert durch**

Selbstzahlung

Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge

Der Kostenübernahmeantrag wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

Der Kostenübernahmeantrag wird umgehend gestellt

**Ein Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich.**

**Wir beraten Sie gerne!**

## 12. Ärztliche Versorgung durch

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Erstellung:	Freigabe:	Datum:	Version 4.0	Stand: 06.03.2017
Fachbereich	GF & HL	Oktober 2006		Seite 3 von 4

Straße: _____	Ort: _____
Name: _____	Telefon: _____
Straße: _____	Ort: _____

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewerbers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Betreuers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bevollmächtigten

**Bemerkungen:**

Bitte reichen Sie diesen Antrag zusammen mit dem vom derzeit behandelnden Arzt ausgefüllten Pflegeüberleitungsbogen und der Erklärung zur Finanzierung ein.

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.

Erstellung: Fachbereich	Freigabe: GF & HL	Datum: Oktober 2006	Version 4.0	Stand: 06.03.2017 Seite 4 von 4
----------------------------	----------------------	------------------------	-------------	------------------------------------