



**Senioren- und Pflegezentrum
St. Antonius gGmbH
Betriebsteil: St. Josefhaus
Alte Aachener Str. 18
52477 Alsdorf
Tel.: 02404/6740-0
Fax: 02404/6740-200
Internet: www.st-josefhaus.de
E-Mail: info@st-josefhaus.de**

Eingangsvermerke der Einrichtung

Anmeldung zur vollstationären Aufnahme Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur vollstationären Aufnahme / Kurzzeitpflege einsenden)

1. Vor- u. Zuname Geburtsname			
2. Adresse (Straße/PLZ/Ort)			Tel.
3. Derzeitiger Aufenthalt			
bei Krankenhaus oder Altenheim bitte ent- sprechende Adresse			Tel.
4. Geburtsdaten/- ort	Datum	Ort	
5. Familienstand	verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	6. Konfession:	7. Staatsangehörigkeit:
8. Angehörige	a)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
		wie verwandt	Tel.
		E-Mail-Adresse	Referenz
	b)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
		wie verwandt	Tel.
	c)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
	wie verwandt	Tel.	
9. Betreuer nach Betreuungsrecht	Name		
	Straße/PLZ/Ort		Tel.
Wirkungskreis der Betreuung	Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> ärztliche Versorgung <input type="checkbox"/>		
10. Hausarzt	Name		
	Straße/PLZ/Ort		Tel.
11. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>		
Gew. Auf- nahmetermin	zur vollstationären Aufnahme:		
	zur Kurzzeitpflege: vom: bis:		
12. Hinweise, Be- anstandungen Ergänzungen			
13. Pflegegrad	(Bitte Pflegesatzbescheid beifügen)		
Kranken- bzw. Pflegekasse			
14. Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden

Ort		
Datum		