

Anmeldung für Altenpflegeheime / Tagespflege

der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH

südstadtresidenz caroline sammet

Rheinstr. 29 | 69126 Heidelberg | Tel. 0 62 21-357 41 00 | Fax 0 62 21-357 41 99 | caroline-sammet@stadtmision-hd.de

wilhelm-frommel-haus / st. anna, Tagespflege

Plöck 45 | 69117 Heidelberg | Tel. 0 62 21-149 6 | Fax 0 62 21-149 776 | wilhelm-frommel@stadtmision-hd.de

haus philippus

Zeppelinstr. 9 | 69121 Heidelberg | Tel. 06221-417 7 | Fax 06221/417 654 | juliane.hoevelmann@stadtmision-hd.de

haus stephanus

Platanenweg 2-4 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86804 40 | Fax 06221-8680 455 | stephanus@stadtmision-hd.de

hanna und simeon heim

Bergstr. 36 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86887 0 | Fax 06221-86887 10 | hannaundsimeon@stadtmision-hd.de

haus stammberg

Talstr. 184 | 69198 Schriesheim | 06203-696 0 | Fax 06203-696 366 | stammberg@stadtmision-hd.de

haus erlbrunner höhe

Panoramaweg 12 | 69259 Wilhelmsfeld | Tel. 06220-915433 0 | Fax 06220-915433 30 | erlbrunner-hoehe@stadtmision-hd.de

Anmeldung zur ☐ **Dauerpflege** ☐ **Kurzzeitpflege** ☐ **Tagespflege** (nur St. Anna und Haus Philippus)

1. Vor- u. Zuname Geburtsname

2. Adresse Straße Telefon

PLZ Ort

3. Derzeitiger Aufenthalt Straße Telefon

PLZ Ort

4. Geburtsdatum 5. Geburtsort

6. Familienstand 7. Konfession

8. Staatsangehörigkeit 9. Beruf

10. **Angehöriger A** Name Tel. tagsüber
Straße Tel. abends
PLZ, Ort
E-Mail Wie verwandt?

Angehöriger B Name Tel. tagsüber
Straße Tel. abends
PLZ, Ort
E-Mail Wie verwandt?

11. Wann wünschen Sie die Aufnahme? ☐ sofort ☐ später ☐ im Jahr

12. Gewünschte Aufnahme in ein ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer (Haus Stammberg)

Wir versuchen Ihren Wünschen gerecht zu werden. In Ausnahmefällen kann jedoch die Aufnahme vorübergehend in ein anderes als in das gewünschte Zimmer erfolgen.

13. Pflegegrad: _____
☐ Die Einstufung **wird** beantragt
☐ Die Einstufung **ist** beantragt

14. Gesetzlicher Betreuer oder Bevollmächtigter im Bereich: _____
☐ Personensorge ☐ Vermögenssorge ☐ Aufenthaltsbestimmung
☐ Sonstiges: _____
 Name _____ Tel. tagsüber _____
 Straße _____ Tel. abends _____
 PLZ, Ort _____

15. Krankenkasse / Pflegekasse KV-Nr. _____
 Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor? ☐ ja ☐ nein

16. Hausarzt
 Name _____
 Straße _____ Telefon _____
 PLZ _____ Ort _____

17. Zahnarzt
 Name _____
 Straße _____ Telefon _____
 PLZ _____ Ort _____

18. Wird ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, bei welchem Sozialamt? _____

19. Rechnungsempfänger
 Vor- und Zuname _____
 Straße _____ Telefon _____
 PLZ _____ Ort _____

20. Besteht eine Haftpflichtversicherung? ☐ ja ☐ nein

21. Rentenüberleitung: Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Aufnahme nur unter der Voraussetzung einer Rentenüberleitung an uns möglich ist. Das Formular ist bei uns erhältlich.

22. Wer stellt diesen Antrag?
 Vor- und Zuname _____
 Straße _____ Telefon _____
 PLZ _____ Ort _____

23. Der ärztliche Fragebogen ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐
 Der zahnärztliche Fragebogen ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐

24. Datum / Unterschrift des Antragstellers _____