

Anmeldung für Altenpflegeheime

der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH

- ┌ **st. anna / wilhelm-frommel-haus**
Plöck 6 + 45 | 69117 Heidelberg | Tel. 0 62 21-149 6 | Fax 0 62 21-149 777 | st.anna-frommel@stadtmission-hd.de
- ┌ **haus philippus**
Zeppelinstr. 9 | 69121 Heidelberg | Tel. 06221-417 7 | Fax 06221/417 654 | juliane.hoevermann@stadtmission-hd.de + angelika.lessele@stadtmission-hd.de
- ┌ **haus stephanus**
Platanenweg 2-4 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86804 40 | Fax 06221-8680 455 | detlef.bodamer@stadtmission-hd.de
- ┌ **hanna und simeon heim**
Bergstr. 36 | 69221 Dossenheim | Tel. 06221-86887 0 | Fax 06221-86887 10 | hannaundsimeon@stadtmission-hd.de
- ┌ **haus stammberg**
Talstr. 184 | 69198 Schriesheim | 06203-696 0 | Fax 06203-696 66 | stammberg@stadtmission-hd.de
- ┌ **haus erlbrunner höhe**
Panoramaweg 12 | 69259 Wilhelmsfeld | Tel. 06220-915433 0 | Fax 06220-915433 30 | erlbrunner-hoehe@stadtmission-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
 Wie verwandt?

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

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

12. Gewünschte Aufnahme in ein Einzelzimmer Doppelzimmer (nur St. Anna, Haus Philippus, 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: _____
-
15. Krankenkasse / Pflegekasse KV-Nr. _____
-
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. Sonstige Informationen _____
-
22. Wer stellt diesen Antrag?
- Vor- und Zuname _____
- Straße _____ Telefon _____
- PLZ _____ Ort _____
-
23. Der ärztliche Fragebogen ist beigefügt wird nachgereicht
 Der zahnärztliche Fragebogen ist beigefügt wird nachgereicht
-
24. Datum / Unterschrift des Antragstellers _____