

# 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.lessel@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 beigelegt        wird nachgereicht      
 Der zahnärztliche Fragebogen ist beigelegt        wird nachgereicht   

---

**24.** Datum / Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_