

Anmeldung für Altenpflegeheime der Altenhilfe der Evang. Stadtmission Heidelberg gGmbH



südstadtresidenz caroline sammet

Rheinstr. 29 | 69126 Heidelberg | Tel. 0 62 21-149 6 | Fax 0 62 21-149 777 | friedrich.hauck@stadtmission-hd.de

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.hoevelmann@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.

Seite 1 von 2 bitte wenden

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. 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 _____