



# Alten-und Pflegeheim "Claudine Thévenet"

Caritasverband f.d.Bistum Dresden-Meißen e.V.

Käthe-Kollwitz-Str. 8a 04668 Grimma und Grimmaer Str. 8, 04687 Trebsen OT Seelingstädt

Heimmeldung-Frau Schierz: Grimma Tel. 03437/932-216 oder Seelingstädt 03437/932-116 Fax 03437/932-21

**Anmeldung:** Heimaufnahme  Tagesbetreuung  Betreutes Wohnen in Seelingstädt

Einzelzimmer  Doppelzimmer  Landhaus in Seelingstädt  und/oder im Stadthaus in Grimma

Kurzzeitpflege  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand:

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Konfession:

katholisch  evang.  sonstige  keine

Derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

KV-Nummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit: ja  nein

Name und Anschrift des nächsten Angehörigen/Ansprechpartners/Betreuers:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Betreuer/Bevollmächtigter

Betreuer/Bevollmächtigter

**Diabetiker:** ja  nein  Insulinpflichtig

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

## Geistige Verfassung

Nicht verwirrt  leicht verwirrt  mäßig verwirrt  vollkommen verwirrt

Gesundheitszustand: \_\_\_\_\_

Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden:

Empfehlung durch Bekannte  Hausarzt  Krankenhaus  Pflegedienst  Mitarbeiter Caritas

Homepage  Werbung am Bus der Fahrdienste  Seniorenratgeber  Sonstige

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Ergänzende Erfassung zum Einzug in die vollstationäre Pflege

### Behandelnde Fachärzte:

Name, Vorname (Titel)

Name, Vorname (Titel)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ /Ort

\_\_\_\_\_  
PLZ /Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet

\_\_\_\_\_  
Fachgebiet

### Wunsch nach Seelsorge:

Ich möchte, dass das zuständige Pfarramt \_\_\_\_\_  
Informiert wird, wenn ich in ein Krankenhaus oder eine Reha-Klinik eingewiesen werde.  
Diese Informationsübermittlung soll dem Zwecke der Krankenhausseelsorge dienen. Das bedeutet, dass  
ich einen Besuch wünsche. Dieser Wunsch kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ja  Nein

### Wünsche zur Bestattung:

Erbbestattung  Feuerbestattung

Ort: \_\_\_\_\_ Friedhof: \_\_\_\_\_

Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine kirchliche Bestattung? Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Nur bei Kurzzeitpflege auszufüllen:

Wurde in diesem Jahr bereits Kurzzeitpflege und / oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

Ja  Wenn ja, wie viele Tage: .....

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift