



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

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

Anmeldung: Heimaufnahme Tagesbetreuung

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.: _____

E-Mail: _____

E-Mail: _____

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 Krankenhauseelsorge dienen. Das bedeutet, dass
ich einen Besuch wünsche. Dieser Wunsch kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ja Nein

Wünsche zur Bestattung:

Erdbestattung 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

