

Seniorenzentrum St. Antonius

Thomästr. 8a, 59494 Soest, www.st-antonius-soest.de

Telefon: 02921 / 59030-0, Fax: 02921 / 59030-58, Mail: verwaltung@st-antonius-soest.de

Bankverbindung: IBAN: DE15 4726 0307 0019 0203 00 BIC: GENODEM1BKC (Bank für Kirche und Caritas eG)

Träger: Caritas Altenhilfe im Erzbistum Paderborn gem. GmbH, Waldenburger Str. 11, 33098 Paderborn



Anmeldung zum Einzug (Teil 1)

- Vollstationär
 Kurzzeitpflege

Vorname, Name _____ geborene _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße _____ PLZ, Ort _____ Telefon _____

Geburtsdatum, Geburtsort _____ Familienstand _____ Konfession _____

Aufnahme aus Krankenhaus: _____ §3 Überleitung

Angehörige Name _____ wie verwandt _____

Adresse _____

Telefon: _____ tagsüber _____

Email-Adresse: _____

Name _____ wie verwandt _____

Adresse _____

Telefon: _____ tagsüber _____

Email-Adresse: _____

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung

Betreuer (nach Betreuungsrecht) Name _____ Telefon _____

Adresse _____ Email-Adresse: _____

Bestellsurkunde liegt vor Betreuung beantragt

Ansprechpartner für finanzielle Angelegenheiten: _____ Vollmacht ja nein

Zahlung aus eigenem Einkommen
 aus eigenem Einkommen mit Pflegewohngeld
 Kostenübernahme aus Sozialhilfemitteln, dann: Antrag gestellt am: _____
 Meldung der Einrichtung
 Rentenüberleitung

Hausarzt Name _____ Telefon _____

Adresse _____ Hausbesuche: Ja Nein

Apotheke Name _____ Telefon _____

Kranken-/Pflegekasse _____ Vers.-Nr. _____

Pflegegrad beantragt am _____ 1 2 3 4 5 ab _____

Betreuungsleistung nach § 43b ja nein

Antragstellung erfolgt: KZP Vollstationär

Rezeptgeb.befreiung Ja Nein

Beihilfeberechtigung % _____

Rentenkasse _____ Vers.-Nr. _____

Schwerbeh.ausweis Ja Nein Personalausweis Ja Nein

Gewünschte Unterbringung Einzelzimmer Doppelzimmer möglicher Einzugstermin: _____

Ort, Datum, Unterschrift _____

Seniorenzentrum St. Antonius

Thomästr. 8a, 59494 Soest, www.st-antoniuss-soest.de
Telefon: 02921 / 59030-0, Fax: 02921 / 59030-58, Mail: verwaltung@st-antoniuss-soest.de



Anmeldung zum Einzug (Teil 2)

Ärztliche Bescheinigung

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Für die/den Vorgenannte(n) wird eine Heimaufnahme ärztlicherseits für notwendig gehalten:

Diagnose: _____

Funktionelle Einbußen im körperlichen und geistig seelischen Bereich:

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ärztliches Zeugnis für Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung aufgenommen werden sollen.

1. Ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Aufgrund meiner persönlichen Kenntnis und/oder meiner Untersuchung

vom _____ wird bescheinigt, dass bei

Frau/Herrn

geb.

keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose bestehen.
(Nicht älter als 6 Monate)

2. Sonstige Infektionskrankheiten

Hepatitis A, B, C

Salmonellose

HIV _____ oder

andere meldepflichtige
Infektionskrankheiten .Angaben

sind mir aus der bisherigen Krankengeschichte nicht bekannt/Anzeichen für
Infektionskrankheiten liegen nicht vor.

3. Covid-19-Abstrich ist erfolgt am: _____

Soest,

.....
(Unterschrift des Arztes/Stempel)