

Einrichtung: Wohn- und Pflegezentrum St. Josef

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Geburtsname: _____ Familienstand: _____ Konfession: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Angehöriger: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Amtlich bestellter Betreuer / Bevollmächtigter (nur falls vorhanden)

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Fax _____ Aktenz. _____

Aufgabenkreis: _____

Hausarzt Dr. _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Weiterbehandlung nach Einzug in die Einrichtung: Ja Nein

Liegt Ihnen eine Heimnotwendigkeitsbescheinigung vom Sozialamt vor?

Ja Nein

Begutachteter Pflegegrad:

kein Pflegegrad

Begutachtung beantragt:

Ja Nein

Finanzierung der Heimkosten erfolgt durch:

Mit dem Einzug in eine andere Einrichtung der Caritas-Altenhilfe Dortmund GmbH und der entsprechenden Weitergabe der Anmeldeunterlagen bin ich einverstanden:

Altenzentrum St. Antonius
Do- Huckarde Tel. 3 15 01 – 0 Ja Nein

Wohn- und Pflegezentrum St. Barbara
Do- Lütgendortmund, Tel. 60 30 – 0 Ja Nein

Altenzentrum Bruder-Jordan-Haus
Do- Innenstadt, Tel. 56 46 – 0 Ja Nein

Altenzentrum St. Ewaldi
Do- Aplerbeck, Tel. 4508 – 0 Ja Nein

Altenzentrum St. Hildegard
Do-Berghofen, Tel. 94 61 51 -0 Ja Nein

Wohn- und Pflegezentrum St. Josef
Do- Derne, Tel. 8 95 03 – 0 Ja Nein

Altenzentrum Peter und Paul
Kamen, Tel. 02307- 97 30 20 Ja Nein

Gewünschter Einzugstermin:

Ich bin mit dem Einzug einverstanden:

Datum Unterschrift

Datum ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
Nachweise bitte in Fotokopie beifügen