

**Einrichtung: Altenzentrum St. Hildegard**

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