

 Katharinenstift Ortsnah in guten Händen.	Katharinenstift Mönchengladbach gmbH Qualitätsmanagement	Prozess Einzug in die vollstationäre Einrichtung
	4.1.2 Sozialer Dienst	

Anmeldung

Gewünschte Wohnform:

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

1. Personalien

Familienname: _____

Geburtsname: _____

Vorname/n: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

2. Wohnsitz

PLZ: _____

Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus etc.): _____

3. Familienstand

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ verwitwet

☐ geschieden

4. Anzahl Kinder

Anzahl: _____

5. Konfession

☐ evangelisch

☐ römisch-katholisch

☐ andere: _____

☐ keine

6. Staatsangehörigkeit

☐ Deutsch

☐ andere: _____

7. Krankenkasse

Name: _____

Mitgliedsnummer: _____

8. Pflegekasse:

(falls abweichend)

Name: _____

Erstellung:	Freigabe:	Datum:	Version 5.0	Stand: 30.09.2025
Fachbereich	GF & HL	Oktober 2006		Seite 1 von 4

9. Angaben zur Pflegeversicherung

Wurde durch die Pflegekasse bereits ein Pflegegrad bewilligt?

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ wurde beantragt am _____

10. Wer soll unser Ansprechpartner sein?

Angehörige ☐ 1 ☐ 2

Name _____

Vorname _____

Wie verwandt? _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon Festnetz _____

Telefon mobil _____

E-Mail _____

11. Betreuerin / Betreuer gemäß § 1896 BGB

Eine Betreuung ☐ ist beantragt ☐ liegt vor

Name: _____

Telefon: _____

Straße: _____

Ort: _____

Bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde beifügen!

12. Vorsorgevollmacht

Bevollmächtigte/r:

Name: _____

Telefon: _____

Straße: _____

Ort: _____

Bitte eine Kopie der Vorsorgevollmacht beifügen!

Erstellung:	Freigabe:	Datum:	Version 5.0	Stand: 30.09.2025
Fachbereich	GF & HL	Oktober 2006		Seite 2 von 4

13. Die Kosten werden finanziert durch

☐ Selbstzahlung

☐ Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe) / Kriegsopferfürsorge

Der Kostenübernahmeantrag wurde gestellt am: _____

☐ Der Kostenübernahmeantrag wird umgehend gestellt

14. Monatliches Einkommen

Art des Einkommens

Betrag

Vermögen

☐ ja

☐ nein

Grundbesitz / Immobilie

☐ ja

☐ nein

Sparguthaben

☐ ja, Betrag: _____

☐ nein

Ein Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich.

Wir beraten Sie gerne!

15. (Fach-) Ärztliche Versorgung durch

Name: _____	Telefon: _____
Straße: _____	Ort: _____
Fachrichtung: _____	
Name: _____	Telefon: _____
Straße: _____	Ort: _____
Fachrichtung: _____	

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers

Unterschrift des Betreuers

Unterschrift des Bevollmächtigten

Bemerkungen:

Bitte reichen Sie diesen Antrag zusammen mit dem vom derzeit behandelnden Arzt ausgefüllten Pflegeüberleitungsbogen und der Erklärung zur Finanzierung ein.

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne der DGSVO nur für den Zweck der Anmeldung in unserer Einrichtung gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Erstellung:	Freigabe:	Datum:	Version 5.0	Stand: 30.09.2025
Fachbereich	GF & HL	Oktober 2006		Seite 4 von 4