

**Anmeldung  
zur  
Heimaufnahme**



**Caritas- Altenwohn-  
und Pflegegesellschaft  
mbH**

**Ich bin interessiert an einer Heimaufnahme im**

- Lorenz-Werthmann-Haus**  
Kohlheckstraße 37, 65199 Wiesbaden, Tel. 0611-468040
- Herz-Jesu-Heim**  
Erich-Ollenhauer-Str. 15, 65203 Wiesbaden, Tel. 0611-6907230
- Haus St. Hedwig**  
Kärntner Str. 13, 65187 Wiesbaden, Tel. 0611-986540
- Clemenshaus**  
Biebricher Allee 41, 65187 Wiesbaden, Tel. 0611-450390
- Haus Elisabeth**  
Hahnemannstraße, 65203 Wiesbaden, Tel. 0611-3417050
- Haus LeNa**  
Christa-Möring-Platz 1, 65203 Wiesbaden  
Tel: 0611 987 802 700

bitte nicht ausfüllen!

- vorläufig .
- dringend

persönliches Gespräch am

\_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_\_

nachgefragt am

\_\_\_\_\_

von

\_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum und -ort:** \_\_\_\_\_

**Konfession:** \_\_\_\_\_ **Familienstand:** \_\_\_\_\_

**derzeitiger Aufenthalt:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Krankenkasse/Pflegekasse:** \_\_\_\_\_

**Angehörige/Ansprechpartner:**

**Name/Adresse:** \_\_\_\_\_

**Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

**Tel. - Nr.:** \_\_\_\_\_ **Mobil - Nr.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Name/Adresse:** \_\_\_\_\_

**Verwandtschaftsgrad:** \_\_\_\_\_

**Tel. - Nr.:** \_\_\_\_\_ **Mobil - Nr.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Besteht eine Betreuung nach § 1896 BGB? (bitte Kopie beifügen)  ja  nein

BetreuerIn: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

Liegt eine Vollmacht vor? (bitte Kopie beifügen)  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Einstufung nach SGB XI (Pflegeversicherung)

ja  nein

Stufe 1  2  3

seit wann? \_\_\_\_\_

Kostenregelung: Selbstzahler

Sozialhilfe

beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Gewünschter Zeitpunkt für den Einzug: \_\_\_\_\_

Gründe für den Einzug: \_\_\_\_\_

Bisherige Lebensumstände, aktuelle Lebenssituation (in Stichworten)

allein lebend  ja  nein

Hilfe durch Sozialstation  ja  nein

seit wann? \_\_\_\_\_

Hauswirtschaftliche Hilfe  ja  nein

welche? \_\_\_\_\_

Weitere wichtige Information zur Lebenssituation:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

AntragstellerIn  
und/oder  
gesetzlicher Vertreter/Betreuer