

# St. Vitus-Stift Olfen gGmbH

## Seniorenzentrum

59399 Olfen, St. Vitus- Park 1

Tel.: 02595-3838-0

Fax: 02595-3838-138

E- Mail: [verwaltung@st-vitus-stift.de](mailto:verwaltung@st-vitus-stift.de)



## Anmeldung für den Einzug in das St. Vitus Stift

Eingangsstempel St. Vitus-Stift

### 1. Angaben zu dem Aufzunehmenden

Familienname:		Vorname:			
Geburtsdatum:		Familienstand:			
bisheriger Wohnsitz:	Ort:	Straße u. Nr.:			
Telefonnummer:		Handy:			
Staatsangehörigkeit:		Konfession:			
Pflegegrad:	1	2	3	4	5

### 2. Angaben zu dem Ehepartner

Ehegatte:	Name:	Vorname:			
Anschrift:	Ort:	Straße u. Nr.:			
Telefon:	Festnetz:	Handy.:			
E-Mail Adresse:					

### 3. Ansprechpartner z.B. Tochter/ Sohn

Verwandtschaftsverhältnis:		Name:			
Anschrift:	Ort:	Straße u. Nr.:			
Telefon:	Festnetz:	Handy:			
E-Mail Adresse:					

# St. Vitus-Stift Olfen gGmbH

## Seniorenzentrum

59399 Olfen, St. Vitus- Park 1

Tel.: 02595-3838-0

Fax: 02595-3838-138

E- Mail: [verwaltung@st-vitus-stift.de](mailto:verwaltung@st-vitus-stift.de)



### 4. Ansprechpartner z.B. Tochter/ Sohn

Verwandtschaftsverhältnis		Name:
Anschrift:	Ort:	Straße u. Nr.
Telefon:	Festnetz:	Handy:
E-Mail Adresse		

### 5. Vorsorgebevollmächtigter/ gesetzl. Betreuer

Vollmachten:	Bestellungsurkunde <input type="checkbox"/>	Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>	
Für welche Bereiche:	Aufenthalt <input type="checkbox"/>	Gesundheit <input type="checkbox"/>	Vermögen <input type="checkbox"/>
Weitere Bereiche:			
Name:			
Anschrift:	Ort:	Straße u. Nr.:	
Telefon:	Festnetz:	Handy:	
E-Mail Adresse:			

### 6. Einkünfte des Aufzunehmenden

Rentenkasse:	Name:	Euro/ Monat: _____
Rentennummer:		
Rentenkasse	Name:	Euro/ Monat: _____
Rentennummer:		
Sonstige Einkünfte:	Gezahlt durch:	
Rentenbescheid/e:	<input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

# St. Vitus-Stift Olfen gGmbH

## Seniorenzentrum

59399 Olfen, St. Vitus- Park 1

Tel.: 02595-3838-0

Fax: 02595-3838-138

E- Mail: [verwaltung@st-vitus-stift.de](mailto:verwaltung@st-vitus-stift.de)



### 7. Finanzierung der Heimkosten

Ausschließlich eigenes Einkommen:	Selbstzahler: <input type="radio"/>	
Mit Pflegewohngeld:	zuständiger Kreis:	Antrag wurde gestellt am:
Mit Sozialhilfeträger:	zuständiger Kreis:	Antrag wurde gestellt am:
Sonstige Kostenträger:	Name:	
Pflegekasse:	Name:	Mitgliedsnummer:

### 8. Weitere Angaben

Zuständige Pflegekasse:	Name:	Mitgliedsnummer:
Bisheriger Hausarzt:	Arzt Name:	Telefon:
Weiterer Arzt, Fachrichtung:	Arzt Name: _____	Telefonnummer:
Weiterer Arzt, Fachrichtung:	Arzt Name: _____	Telefonnummer:
Liegt eine dementielle Erkrankung vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?	_____	

Diese Anmeldung ist  dringlich

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anmeldenden