

St. Vitus Stift gGmbH

Seniorenzentrum

59399 Olfen, St. Vitus- Park 1
 Tel.: 02595-3838-0
 Fax: 02595-3838-138
 E- Mail: 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:	PLZ u 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 gGmbH

Seniorenzentrum

59399 Olfen, St. Vitus- Park 1

Tel.: 02595-3838-0

Fax: 02595-3838-138

E- Mail: 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 gGmbH

Seniorenzentrum

59399 Olfen, St. Vitus- Park 1
 Tel.: 02595-3838-0
 Fax: 02595-3838-138
 E- Mail: verwaltung@st-vitus-stift.de

7. Finanzierung der Heimkosten

Ausschließlich eigenes Einkommen:	Selbstzahler: <input type="radio"/>	
Mit Pflegegeld:	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