

# VEREINIGTE HOSPITIEN

Stiftung des öffentlichen Rechts



## Altenwohn- und Pflegeheim Stift St. Irminen

Heimleitung: Frau Birgit Alt-Resch

Irminenfreihof 2, 54290 Trier

Tel.: 0651/945-1287

Fax: 0651/9452543

E-Mail: b.alt-resch@vereinigtehospitien.de

### Anmeldung zur vollstationären Pflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

1. **Vor- und Zuname (bei Frauen auch Mädchenname):** \_\_\_\_\_
  
2. **Adresse:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_
  
3. **Geburtsdatum und -ort:** \_\_\_\_\_
  
4. **Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ 5. **Konfession:** \_\_\_\_\_ 6. **Familienstand:** \_\_\_\_\_
  
7. **Angehörige**  

<b>Name:</b>	_____
<b>Straße / PLZ / Ort:</b>	_____
<b>Wie verwandt:</b>	<b>Telefon:</b>
_____	_____
<b>Name:</b>	_____
<b>Straße / PLZ / Ort</b>	_____
<b>Wie verwandt:</b>	<b>Telefon:</b>
_____	_____
  
8. **Gesetzlicher Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter:** *Urkunde bitte beifügen*  

<b>Name:</b>	_____	<b>Telefon:</b>	_____
<b>Straße / PLZ / Ort:</b>	_____		
  
9. **Hausarzt:**  

<b>Name:</b>	_____	<b>Telefon:</b>	_____
<b>Straße / PLZ / Ort:</b>	_____		
  
10. **Krankenkasse:** \_\_\_\_\_  
**Straße / PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_
  
11. **Pflegeversicherung:** **Derzeitiger Pflegegrad nach SGB XI:**  
 Pflegegrad 1     Pflegegrad 2     Pflegegrad 3     Pflegegrad 4  
 Pflegegrad 5     kein Pflegegrad  
 Antrag auf Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wurde gestellt am: \_\_\_\_\_
  
12. **Gewünschte Unterbringung**  
 Einzelzimmer     Doppelzimmer  
**Termin zur Aufnahme:** \_\_\_\_\_
  
13. **Kostenträger:** **Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?** \_\_\_\_\_  Ja     Nein  
**Wenn ja, welche Stadtverwaltung / Kreisverwaltung (Sozialamt) ist zuständig? Welcher Sachbearbeiter? Soll die Wäsche i. d. Einrichtung gewaschen werden?** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers