

# VEREINIGTE HOSPITIEN

Stiftung des öffentlichen Rechts

## Altenwohn- und Pflegeheim Helenenhaus

Einrichtungs- und Pflegedienstleiterin Frau Vilja Finkler

Windmühlenstraße 6, 54290 Trier

Tel. 0651/945- 1416 Fax: 0651/945- 1682 E-Mail: v.finkler@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:

Name: \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Wie verwandt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Wie verwandt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail.: \_\_\_\_\_

8. Gesetzlicher Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter:<sup>1</sup>

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

9. Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

10. Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_    Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bitte Kopie der Urkunde beifügen