

- Langzeitpflege
 Tagespflege
 Kurzzeitpflege von.....bis.....



STIFTUNG
MARTHA-ELSE-HAUS
Ev. Feierabendheim

Angaben zur Person

Name / Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Anschrift:	Straße, Hausnummer	
	PLZ, Wohnort	
Staatsangehörigkeit		
Konfession		
Telefonnummer		

Momentaner Aufenthalt

Eigene Wohnung	
Krankenhaus - Anschrift	
Alten/Pflegeheim - Anschrift	

Angehörige / Ansprechpartner / Rechnungsempfänger

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / Handy / Email	
Verwandtschaftsverhältnis?	

Weitere Angehörige / Ansprechpartner / Notfallkontakt

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon / Handy	
Email (falls vorhanden)	
Verwandtschaftsverhältnis?	

Krankenkasse

Name der Krankenkasse	
Anschrift	
Versicherungsnummer	

Hausarzt

Name des Arztes	
Anschrift	

Vollmacht

Besteht eine Generalvollmacht / Vorsorgevollmacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bevollmächtigte/r		
Liegt eine Patientenverfügung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Betreuung

Besteht eine durch ein Amtsgericht bestellte Betreuung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Betreuer/in		
Aufgabenbereich		

Besonderheiten

Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien (Lebensmittel / Medikamente)		
	Attest	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Attest	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Attest	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ansteckende Krankheiten

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	wenn ja, welche

Vertragsbeginn

Ab

Tagespflege	An welchen Tagen möchten Sie kommen				
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Samstag
Wünschen Sie einen Fahrdienst		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

PflegegradWelcher Pflegegrad liegt vor? 1 2 3 4 5

Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung im Martha-Else-Haus, bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen.

Sollten Sie in diesem Jahr bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben, ist der verbleibende Anspruch mit der Pflegekasse zu klären.

Selbstzahler (für den Eigenanteil):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Nein, muss ein Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt vor Vertragsbeginn gestellt sein.		
Zuständiges Sozialamt	Aktenzeichen	

Bei **Langzeitpflege** beantragen Sie bitte bei Einzug ins Martha-Else-Haus eine Rentenüberleitung.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / Betreuers

Antrag eingegangen am:	HZ
Bemerkungen	