

- 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		

**Pflegegrad**Welcher 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	