

Cappeler Str. 140 – 35039 Marburg, Tel. 06421-9630-0

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. **Familienname**
(bei Frauen auch Geburtsname) _____
2. **Vorname(n)** _____
3. **bisherige Anschrift**

4. **geboren am** _____ **in** _____
5. **Familienstand** verheiratet geschieden
 verwitwet ledig seit: _____
6. **Konfession** _____
7. **Vollstationäre Pflege ab** _____
 Kurzzeitpflege von _____ **bis** _____
8. **Gewünschte Unterbringung** Einzelzimmer Doppelzimmer
9. Bei welcher **Krankenkasse** sind sie versichert? _____
Mitgliedsnummer: _____
Liegt eine Befreiung von Zuzahlungen vor? Ja Nein
(Bitte Ausweiskopie beilegen)
10. **Hausarzt:** _____
11. **Wurde bereits ein Antrag auf Heimaufnahme bei der Pflegekasse gestellt?**
Ja Nein
Ist bereits eine Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassenerfolgt?
Ja Nein Eileinstufung durch Sozialdienst
Wenn ja, welcher Pflegegrad liegt vor? 1 2 3 4 5
12. **Besteht eine amtsgerichtliche Betreuung/ eine Vorsorgevollmacht?**
Ja Nein Beantragt

Wenn ja, Name und Anschrift der betreuenden Person:

13. Nächste Angehörige / Bezugspersonen

- a) Name, Vorname _____
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Verwandtschaftsgrad _____
- b) Name, Vorname _____
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Verwandtschaftsgrad _____
- c) Name, Vorname _____
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 Verwandtschaftsgrad _____

14. E-Mail-Adresse _____

15. Wer trägt den Eigenanteil der Heimkosten?

- Selbstzahler, aus eigenem Einkommen
 Sozialamt: _____

16. Rechnungsempfänger _____

17. Heimkosten und Taschengeld werden per Lastschrift eingezogen.

Bitte teilen Sie uns Ihre Kontoverbindung auf dem angehängten SEPA-Lastschriftmandats mit.

18. Wird ein Telefon gewünscht? Ja Nein

19. Ummeldung (nur bei vollstationärer Pflege)

Bitte vergessen Sie nicht eine Ummeldung beim Stadtbüro Marburg vorzunehmen

20. Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege:

Besteht eine Inkontinenz? Ja Nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass bei Kurzzeitpflege die Inkontinenzartikel für die Dauer des Aufenthalts mitgebracht werden müssen.

Medikamente:

Bitte bringen Sie bei Aufenthalt zur Kurzzeitpflege alle Medikamente für die Dauer des Aufenthalts mit.

21. Besteht Impfschutz gegen Covid 19?

Ja Nein

Wann sind die Impfungen erfolgt?

			Seite 2 von 3
Erstellt:	QZ	am: 11.02.12	Version: 3
Freigabe:	GF	am: 11.02.12	Gültig ab: 01.02.2022

22. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Wir weisen daraufhin, dass die angegebenen personenbezogenen Daten gespeichert und zu internen Zwecken im Interesse der Bewohner verwendet werden. Eine Weitergabe ist damit nicht verbunden!

Marburg, den _____ 20____

Unterschrift

Aufzunehmender bzw. gesetzlicher Vertreter

			Seite 3 von 3
Erstellt:	QZ	am: 11.02.12	Version: 3
Freigabe:	GF	am: 11.02.12	Gültig ab: 01.02.2022