

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

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. 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** _____ **Nationalität** _____
7. **Hausarzt:** _____
8. **Vollstationäre Pflege ab** _____
9. Bei welcher **Pflegekasse** sind sie versichert? _____
Mitgliedsnummer: _____
Sind Sie beihilfeberechtigt Ja Nein (nur bei privat Versicherten)
Liegt eine Befreiung von Zuzahlungen vor? Ja Nein
(Bitte Ausweiskopie beilegen)
10. **Wurde bereits ein Antrag auf vollstationäre Pflege bei der Pflegekasse gestellt?**
Ja Nein
11. **Ist bereits eine Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt?**
Ja Nein
Wenn ja, welcher Pflegegrad liegt vor? 1 2 3 4 5
Eileinstufung durch Sozialdienst
12. **Liegt ein Beschluss zur geschlossenen Unterbringung (n § 1906 BGB) vor?**
Ja gültig bis: _____ Aktenzeichen _____
Nein
Wurde beantragt am: _____ bei Amtsgericht _____

			Seite 1 von 4
Erstellt:	QZ Hess	am: 1.11.17	Version: 2
Freigabe:	GF Gül	am: 1.11.17	Gültig ab: 01.02.2022

13. Besteht eine amtsgerichtliche Betreuung/ eine Vorsorgevollmacht?
(Bitte Kopie beilegen)

Ja Nein beantragt

Wenn ja, Name und Anschrift der betreuenden Person:

14. Nächste Angehörige / Bezugspersonen

a) Name, Vorname _____
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 E-Mail-Adresse _____
 Verwandtschaftsgrad _____

b) Name, Vorname _____
 Straße, Hausnr. _____
 PLZ, Wohnort _____
 Telefon _____
 E-Mail-Adresse _____
 Verwandtschaftsgrad _____

15. Wer trägt den Eigenanteil der Heimkosten?

Selbstzahler, aus eigenem Einkommen

Rechnungsempfänger _____

Leistungen durch das Sozialamt:

Wer ist der zuständige örtliche Sozialhilfeträger: _____

Beziehen Sie bereits Sozialleistungen ja nein

Handelt es sich um eine Neubeantragung ja nein

Rechnungsempfänger für Einkommenseinsatz _____

16. Heimkosten und Taschengeld werden per Lastschrift eingezogen.

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

17. **Wird ein Telefon gewünscht?** Ja Nein
(Kosten 16€ pro Monat)

18. **Ummeldung**
Bitte vergessen Sie nicht eine Ummeldung beim Stadtbüro Marburg vorzunehmen
Eine Wohnungsgeberbestätigung bekommen Sie in unserer Verwaltung ausgehändigt.

20. **Besteht Impfschutz gegen Covid 19?**
Ja Nein
Wann sind die Impfungen erfolgt? _____

22. **Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen**

Wir weisen darauf hin, 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 4
Erstellt:	QZ Hess	am: 1.11.17	Version: 2
Freigabe:	GF Gül	am: 1.11.17	Gültig ab: 01.02.2022

	Anmeldung zur Heimaufnahme	2.4.4
	Wohnbereich Rosengarten	

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zahlungsempfänger


Cappeler Straße 140
35039 Marburg

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE88ZZZ00001790751

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) das Seniorenheim Landgrafenberg, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers: **Seniorenheim Landgrafenberg GmbH**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:	D E																			
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC 1:										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------