

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** _____ **Nationalität** _____
7. **Vollstationäre Pflege ab** _____
 Kurzzeitpflege von _____ **bis** _____
 Verhinderungspflege von _____ **bis** _____
8. **Haben Sie im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?**
 Ja nein

Wenn ja, welche Summe wurde vom zur Verfügung stehenden Budget der Pflegekasse bereits aufgebraucht? _____
(ggfls. bei Pflegekasse erfragen)
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. **Hausarzt:** _____
11. **Wurde bereits ein Antrag auf Leistungen zur Kurzzeit-, Verhinderungs- oder vollstationären Pflege bei der Pflegekasse gestellt?**
Ja Nein

Ist bereits eine Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassenerfolgt?
Ja Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad liegt vor? 1 2 3 4 5
Eileinstufung durch Sozialdienst

			Seite 1 von 4
Erstellt:	QZ	am: 11.02.12	Version: 3
Freigabe:	GF	am: 11.02.12	Gültig ab: 01.02.2022

12. Besteht eine amtsgerichtliche Betreuung/ eine Vorsorgevollmacht?

(Bitte Kopie beilegen)

Ja Nein Beantragt

Wenn ja, Name und Anschrift der betreuenden Person:

13. 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 _____

14. 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 _____

15. Heimkosten und Taschengeld werden per Lastschrift eingezogen.

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

16. Wird ein Telefon gewünscht? Ja Nein

(Kosten 16€ pro Monat)

			Seite 2 von 4
Erstellt:	QZ	am: 11.02.12	Version: 3
Freigabe:	GF	am: 11.02.12	Gültig ab: 01.02.2022

17. Ummeldung (nur bei vollstationärer Pflege)

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

18. 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.

19. Besteht Impfschutz gegen Covid 19?

Ja Nein

Wann sind die Impfungen erfolgt?

20. 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 4
Erstellt:	QZ	am: 11.02.12	Version: 3
Freigabe:	GF	am: 11.02.12	Gültig ab: 01.02.2022

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 Landgrafenbergblick, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers: **Seniorenheim Landgrafenbergblick 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 !:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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