

Evangelische Gesellschaft gGmbH Alten- und Pflegeheim Martha-Haus	Qualitätsmanagementhandbuch K1-2 Aufnahme Antragsformular	Version 01.01.2023
--	--	--------------------

**Alten- und Pflegeeinrichtung „Martha-Haus“,
Schifferstraße 65- 67, 60594 Frankfurt am Main,
Tel.: 069 / 96247- 0, Fax: 069 / 96247- 199
E-Mail: marthahaus@egpffm.de**

<u>Antragsteller*in / Interessent*in:</u>		
Vor- und Zuname: _____		Geburtsname: _____
geboren am: _____		in Geburtsort/-land: _____
Straße und Hausnummer: _____		
PLZ / Ort: _____		Stadt-/Ortsteil: _____
Telefon: _____	Familienstand: _____	Konfession: _____
Krankenkasse: _____	Anschrift: _____	Telefon: _____
Krankenversicherungsnummer: _____		
<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt %		
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt am: _____		
Antrag zur Kurzzeitpflege bei Pflegekasse <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> gestellt am: _____		
Antrag zur Kurzzeitpflege bei Sozialamt <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> gestellt am: _____		
Adresse des zuständigen Sozialamtes: _____		
<u>Angehörige / Bezugspersonen: (in welcher Beziehung zu Antragsteller*in)</u>		
1. Vor- und Zuname: _____		
Straße und Hausnummer: _____		
PLZ / Ort: _____		Telefon: _____
Mobiltelefon: _____		E-Mail: _____
2. Vor- und Zuname: _____		
Straße und Hausnummer: _____		
PLZ / Ort: _____		Telefon: _____
Mobiltelefon: _____		E-Mail: _____

Evangelische Gesellschaft gGmbH Alten- und Pflegeheim Martha-Haus	Qualitätsmanagementhandbuch K1-2 Aufnahme Antragsformular	Version 01.01.2023
--	---	--------------------

Es besteht eine: Betreuungsverfügung Patientenverfügung Vorsorgevollmacht

Bevollmächtigte Person/en (bitte Kopie/n der Vollmacht/en vorlegen):

Vor- und Zuname: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Gesetzliche Betreuer*in (bitte Kopie des Betreuerausweises vorlegen):

Vor- und Zuname: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Hausarzt / -ärztin:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Häusliche Wohn- / Pflegesituation:

ambulante Pflegeversorgung ja nein

Pflegedienst: _____ Angehörige/Bezugspersonen

zurzeit in: Reha-Maßnahme Krankenhaus andere Einrichtung

Name der Einrichtung: _____

Im Falle einer ernsthaften Erkrankung oder Ablebens soll benachrichtigt werden:

Vor- und Zuname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____ Mobiltelefon: _____

Wunsch nach geistlichem Beistand: ja nein

Name: _____ Telefon: _____ Kirchengemeinde: _____

Evangelische Gesellschaft gGmbH Alten- und Pflegeheim Martha-Haus	Qualitätsmanagementhandbuch K1-2 Aufnahme Antragsformular	Version 01.01.2023
--	--	--------------------

Es besteht eine Bestattungsvorsorge: ja nein

Bestattungsinstitut: _____ Telefon: _____

Um die Bestattung kümmert sich: Name: _____ Telefon: _____

Leistungsabrechnung:

Selbstzahler ja nein, Kostenübernahme beantragt bei Sozialamt am: _____

Adresse Sozialamt: _____ Telefon: _____

Anschrift Rentenversicherungsträger: _____
(Rentenbescheid bitte in Kopie)

Versicherungsnummer: _____

Altersrente, Betriebs- oder Witwenrente: _____

Bezug von Blindengeld: ja nein
 Rezeptgebührenbefreiung: ja nein
 (wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

Schwerbehindertenausweis: ja nein
 (wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

Bitte für die Rundfunkgebührenbefreiung die GEZ-Nummer angeben: _____

elektronischer Rechnungsversand per E-Mail: _____
(E-Mail Adresse)

Rechnungsversand per Post (Bearbeitungsgebühr 2.00 €)

Sie sind: Raucher Nichtraucher
 Wir informieren Sie darüber, dass innerhalb der Einrichtung ein absolutes Rauchverbot besteht.

Liegt eine dementielle Erkrankung vor? nein ja

Das Martha-Haus ist eine „offene“ Einrichtung, d.h. die Bewohnerinnen und Bewohner können frei ein- und ausgehen. Das Martha-Haus haftet daher nicht für eventuelle Folgen bei Verlassen der Einrichtung. Das gilt in gleicher Weise für die Bewohnerin / den Bewohner wie auch für Dritte und umfasst sowohl Personen- als auch Sach- und Vermögensschäden.

Sonstige wichtige Mitteilungen an das Martha-Haus:

Wird ein Pflegehilfsmittel mitgebracht:
 nein, ja: Rollator Rollstuhl Toilettenstuhl Wechseldruckmatratze
 Sauerstoffgerät PEG

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____
 Antragsteller*in / Interessent*in oder Bevollmächtigter / rechtliche/r Betreuer*in