

Bitte beachten

Am Tag der Aufnahme bitte in das Büro der Heimaufnahme (Augenerstr. 36 - 4. Etage) kommen

Wir bitten um Vervollständigung der Anmeldeformulare und um Vorlage der benötigten Unterlagen!

Die Unterlagen müssen am Tag der Aufnahme vollständig ausgefüllt bei uns vorliegen!

Bitte zeitnah (innerhalb einer Woche) nach der Reservierung einreichen

Bitte füllen Sie die Anmeldeunterlagen möglichst vollständig aus

- Anmeldung zur Kurzzeitpflege
- Vorvertrag zur Kurzzeitpflege
- Kopie der Vollmacht bzw. Kopie der Bestellung als gesetzliche Betreuungsperson
- Kopie der aktuellen Pflegeeinstufung | Pflegegrad | Kopie des Pflegegutachtens

Spätestens 1 Woche vor Beginn der Kurzzeitpflege

- Ärztlicher Fragebogen
ausgefüllt und unterschrieben vom Hausarzt oder behandelnder Arzt im Krankenhaus
- Aktuelle Medikamentenverordnung
ausgefüllt und unterschrieben vom Hausarzt oder behandelnder Arzt im Krankenhaus
- Kostenzusage der Pflegekasse

Spätestens am Aufnahmetag

- Pflegefragebogen | Pflegeüberleitung
Von der Pflegeperson bzw. Pflegedienst auszufüllen

Am Aufnahmetag

- Versicherungskarte
- Personalausweis
- Zuzahlungsbefreiungsausweis
- Ausreichende aktuelle Medikamente **Nur in Originalverpackung**
- Überweisung an den weiterbehandelnden Arzt,
falls der Hausarzt die Versorgung nicht übernimmt
- Kopie des Schwerbehindertenausweises
- Entlassungs- und Pflegeberichte aus dem Krankenhaus

Für Ihre Bemühungen und Ihr Verständnis danken wir und bitten um eine gute Zusammenarbeit!

Anmeldung

1. Kurzzeitpflege
2. Vollstationäre Pflege vorsorglich

gewünschter Einzugstermin _____

Zur Person:

Name: Vorname:

Geburtsname: Familienstand:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Konfession: Nationalität:

Telefon: Beruf:

Anzahl der Kinder:

Wohnung (mit Hauptwohnsitz angemeldet):

Straße: Nr.: Postleitzahl: Ort:

Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung,)

Name der Einrichtung:

Straße: Nr.: Postleitzahl: Ort:

Telefon: Ansprechperson:

Angehörige | Bezugsperson

A Name:..... Vorname:.....

Verwandtschaftsverhältnis:.....

Straße:..... Postleitzahl:..... Ort:.....

Tel. privat:..... Tel. dienstlich:.....

Tel. mobil:..... E-Mail:.....

B Name:..... Vorname:.....

Verwandtschaftsverhältnis:.....

Straße:..... Postleitzahl:..... Ort:.....

Tel. privat:..... Tel. dienstlich:.....

Tel. mobil:..... E-Mail:.....

C Name:..... Vorname:.....

Verwandtschaftsverhältnis:.....

Straße:..... Postleitzahl:..... Ort:.....

Tel. privat:..... Tel. dienstlich:.....

Tel. mobil:..... E-Mail:.....

Wer ist während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege Ansprechpartner?

Angehöriger A B C

Unterbringung

Einrichtung:

- Karl-Heinz-Balke-Haus
 Paul-Bever-Haus
 Haus Schäpenkamp

Zimmerwunsch:

- Einbettzimmer (EZ)
 Doppelzimmer (DZ)

Ehepartner wohnt bereits in der Einrichtung:

ja nein

Ärzte

A Hausarzt:

Name: _____ Fachbereich: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Arzt beibehalten: ja nein

Ist der Arzt bereit, die Versorgung | Visite während des Aufenthalts fortzusetzen: ja nein

B Facharzt:

Name: _____ Fachbereich: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Arzt beibehalten: ja nein

Ist der Arzt bereit, die Versorgung | Visite während des Aufenthalts fortzusetzen: ja nein

C Facharzt:

Name: _____ Fachbereich: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Arzt beibehalten: ja nein

Ist der Arzt bereit, die Versorgung | Visite während des Aufenthalts fortzusetzen: ja nein

D Facharzt:

Name: _____ Fachbereich: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Arzt beibehalten: ja nein

Ist der Arzt bereit, die Versorgung | Visite während des Aufenthalts fortzusetzen: ja nein

Betreuung

Liegt eine vom Amtsgericht festgesetzte Betreuung vor? ja nein
Falls ja, bitte eine Kopie beifügen!

Falls nein, ist eine Betreuung beantragt? ja nein

Liegt eine Vollmacht vor:

Falls ja, bitte eine Kopie der Vollmachtserklärung beifügen! ja nein

Patientenverfügung:

Liegt eine Patientenverfügung vor: ja nein

Falls ja, bitte eine Kopie der Patientenverfügung beifügen!

Angaben zur Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrad liegt vor: ja Pflegegrad: _____ seit: _____

nein Pflegegrad ist beantragt ja nein

Höherstufe ist beantragt ja nein

Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

von Zuzahlung befreit: ja nein

Ich erkläre, dass ich mit der Aufnahme in das Martineum einverstanden bin und melde mich hiermit zur Heimaufnahme an.

Ich bevollmächtige das Martineum, für die Sicherstellung einer optimalen medizinisch-pflegerischen Versorgung und Begleitung ärztliche, pflegerische und therapeutische Daten einzu holen und diese zu speichern.

Die Daten unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 StGB und werden nur in den Einrichtungen des Martineums genutzt. Sollte es nicht zur Aufnahme kommen, werden die Daten vernichtet.

zu 1. Kurzzeitpflege:

Essen, _____
Unterschrift des Aufzunehmenden oder Unterschrift seines Vertreters

zu 2. Vollstationäre Pflege:

Essen, _____
Unterschrift des Aufzunehmenden oder Unterschrift seines Vertreters

Ich erkläre verbindlich die Sicherstellung der lfd. Zahlung der Entgelte (Rechnungs-Empfänger) und verpflichte mich, die erforderlichen Anträge zu stellen und notwendige Unterlagen vorzulegen.

Unterschrift

- Aufzunehmender
 Angehöriger unter A B C
 Betreuer | Bevollmächtigter

Ärztlicher Fragebogen (vom Hausarzt oder Arzt des Krankenhauses)

Name:..... Vorname:.....

geb:..... Krankenkasse:.....

Diagnosen:

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. _____ | 5. _____ | 9. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ | 10. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ | 11. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ | 12. _____ |

Anzahl

Medikament:	morg	mitt	abds	nachts	Medikament:	morg	mitt	abds	nachts

Allergien/Unverträglichkeiten

Wichtige Informationen:

	nein	ja	Was/Wo
Infektiöse (Gastro)enteritis (z.B Clostridien, Norovirus, usw.)			und zwar
Hepatitis/HIV			und zwar
Multiresistente grampositive Erreger (z.B. MRSA)			und zwar
Multiresistente gramnegative Erreger(z.B. 3/4 MRGN)			und zwar
Skabies			
Dekubitus/Wunden			und zwar
Sauerstofftherapie			und zwar
Harninkontinent			
Dauerkatheter			und zwar
Stuhlinkontinent			
Stoma			
PEG-Sonde			

Orientierung/Psych

	Fähig- keit vor- handen	Fähig- keit im geringem Maße vor- handen	Fähig- keit nicht vor- handen
Örtliche Orientierung			
Zeitliche Orientierung			
Situative Orientierung			
Orientierung zur Person			
Verhaltensauffälligkeiten			

Der Patient wird auch während seines Aufenthalts im MARTINEUM in Essen Steele von mir ärztlich betreut. Dazu gehören auch ggf. Hausbesuche
ja **nein**

Ansteckende Krankheiten ja nein
 (z. B. ansteckungsfähige Lungentuberkulose)

gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Datum _____

Unterschrift, Stempel

Pflegefragebogen/Pflegeüberleitung

Von der Pflegeperson bzw. vom
Pflegedienst auszufüllen



MARTINEUM

EVANGELISCHES SENIORENZENTRUM
ESSEN-SEELE

Name:.....

Vorname:.....

geb.:.....

Krankenkasse:.....

Mobilität	selbständig	benötigt Hilfe	nicht möglich
Positionswechsel im Bett/ Aufrichten aus dem Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabile Sitzposition/ sich aufrecht halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen/ z. B. vom Bett auf den Rollstuhl oder Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb der Wohnung/Wohnbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhlnutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbstversorgung	selbständig	benötigt Hilfe	nicht möglich
Waschen vorderer Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung der Toilette/Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
Erkennen von Personen im näheren Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffen von Entscheidungen im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensauffälligkeiten

Bewältigung/Umgang mit Krankheiten und Therapien		
	selbständig	benötigt Hilfe
Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messungen Blutdruck, Puls, Blutzucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpernahe Hilfsmittel/z.B. Brille, Hörgerät Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandswechsel/ Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einhaltung einer Diät/Verhaltensvorschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Vorsorge) Vollmacht

Hiermit erteile ich als Vollmachtgeber/in ...

Name, Vorname, Geburtsdatum		(Vollmachtgeber/in)
Anschrift		
Telefon	Email	

Vollmacht an ...

Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 1)
Anschrift		
Telefon	Email	

Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 2)
Anschrift		
Telefon	Email	

Name, Vorname, Geburtsdatum		(bevollmächtigte Person 3)
Anschrift		
Telefon	Email	

Meine bevollmächtigte/ n Vertrauensperson/ en (im Folgenden: Sie) wird/ werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist und ich im Folgenden angekreuzt oder gesondert angegeben habe, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Sie soll meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchsetzen.

Nur eine Angabe ist möglich, Nichtzutreffendes durchstreichen:

- Alle Vertrauenspersonen sind ein/ e jede/ r alleine handlungsberechtigt.
- Vertrauensperson 1 soll die hauptbevollmächtigte Person sein, Person 2 und 3 sollen nur im Verhinderungsfall des/ der Hauptbevollmächtigten tätig werden dürfen.

Das Ziel dieser Vollmachtserteilung ist insbesondere die Vermeidung einer vom Gericht angeordneten Betreuung. Deshalb bleibt diese Vollmacht auch dann in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung vorübergehend oder dauerhaft geschäftsunfähig werde. Diese Vollmacht ist nur wirksam, so lange die bevollmächtigte Person das Original dieser Vollmachtsurkunde besitzt und dieses Original bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes vorlegen kann.

1. Gesundheitsorge /Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen oder entziehen, um sie nicht fortzusetzen, auch wenn die Vornahme, das Unterlassen oder die Nicht-Fortsetzung dieser Maßnahmen mit Lebensgefahr oder dem sicheren Tod verbunden sein könnten oder ich hierdurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).¹

 Ja

 Nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen, deren Herausgabe an Dritte bewilligen und Kopien der Unterlagen erhalten. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

 Ja

 Nein

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen, z.B. durch Bettgitter, Medikamente u. ä. in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.²

 Ja

 Nein

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

 Ja

 Nein

Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.

 Ja

 Nein

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.

 Ja

 Nein

3. Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

 Ja

 Nein

¹ Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB)

² In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

4. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

5. Vermögenssorge

Sie darf ...

... mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen. (Vorsicht: Haus- und Grundstücksverkäufe, z.B. zur Abdeckung von Pflegekosten, sind nicht umfasst. Hierfür bedarf diese Vollmacht zwingend der notariellen Beurkundung . ³)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

... namentlich ...

... über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen. ³	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... Verbindlichkeiten eingehen. ³	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ⁴	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
... Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

6. Digitales Vermächtnis

Sie darf vollumfänglich auf meine Benutzerkonten und Profile bei Internetdiensten sowie auf meine digitalen Daten im Internet, auf meiner Hardware (z.B. PC, Laptop, Tablet-PC, Smartphone) und auf jeglicher weiterer Form von Datenträgern zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert, gelöscht oder anderweitig genutzt werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen, diese anfordern sowie entsprechende Verträge kündigen.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

³ Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.

⁴ Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/ Sparkasse angebotene Konto-/ Depotvollmacht zurückgreifen, die sie grundsätzlich in Ihrer Bank/ Sparkasse unterzeichnen.

7. Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post - auch mit dem Vermerk „persönlich“ - entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Dies gilt auch für die modernen elektronischen Kommunikationsformen (z.B. E-Mails, Telefonanrufe, Abhören von Anrufbeantwortern und Mailbox). Zudem darf sie alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja

Nein

8. Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.

Ja

Nein

9. Betreuungsverfügung

Soweit Zweifel über den Umfang dieser Vollmacht bestehen, soll diese Vollmacht in einer Weise ausgelegt werden, dass die Anordnung einer Betreuung nicht erforderlich wird. Die/der Bevollmächtigte/n soll/en alle Maßnahmen treffen und Erklärungen abgeben und Rechtshandlungen vornehmen können, die ein Betreuer, wäre er bestellt, vornehmen könnte. Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, eine oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

Ja

Nein

10. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ja

Nein

11. Regelung der Bestattung

Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

Ja

Nein

12. Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

13. Unterschriften^{5,6}

.....
Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtgeber/in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigte/r

.....
Ort, Datum, Unterschrift, Dienstsiegel, ...
Beglaubigung oder Beurkundung
und/oder Bestätigung der Geschäftsfähigkeit

⁵ Die Vollmacht ist ein einseitiges Rechtsgeschäft, d.h. der Bevollmächtigte muss nicht zustimmen oder die Vollmacht „annehmen“.

⁶ Manche Formen von Rechtsgeschäften (z.B. Immobiliengeschäfte, Verbraucherdarlehen, bei Handelsgewerbe, ...) bedingen als Voraussetzung eine beglaubigte Unterschrift des/ der Vollmachtgebers/-geberin oder beurkundete Vollmacht.

Nicht vergessen!

Bitte bringen Sie für die Zeit des Aufenthaltes folgende Sachen mit:

Heil- und Hilfsmittel (falls notwendig)

- Rollstuhl
- Gehhilfe / Stock
- Brille
- Hörgerät, Batterien
- Wecheldruckmatratze
- Inkontinenzmaterial
- Medikamente (nur in Originalverpackung!)
- Sondenkost

Kleidung (pflegeleicht)

- Unterhemden
- Unterhosen
- Strümpfe / Strumpfhosen
- Oberbekleidung
- Nachthemden / Schlafanzüge
- Eventuell Bademantel
- Strickjacke
- Pantoffel, feste Schuhe
- Mantel

Die Kleidung wird in der Hauswäscherei in Gewerbemaschinen gewaschen und getrocknet und sollte für diese Form der Bearbeitung geeignet sein.

Kleidung, die nicht gewaschen werden darf, geben wir zu Lasten des Gastes in die Reinigung.

Pflegeutensilien

- Körperpflegemittel wie Seife, Waschlotion, Shampoo, Duschgel,
- Deodorant
- Hautcreme oder Pflegelotion
- Zahnbürste, Zahnbecher, Prothesenreiniger, Mundwasser,
- Kamm, Haarbürste
- Rasierapparat, Trockenrasierer / Rasierschaum
- Nagelschere, Nagelpfeile,
- Kosmetika
- Handtücher und Waschlappen werden gestellt

Auslagen

- Denken Sie bitte daran, für persönliche Auslagen ca. 50 € mitzubringen. Davon werden Frisör, Fußpflege, Medikamentenanteile, etc. bezahlt.
- Auf Wunsch kann der Gast der Kurzzeitpflege sein Geld an der Kasse hinterlegen.
- Bei Entlassung wird über die Auslagen abgerechnet.

**Vorvertrag zum Kurzzeitpflegevertrag
(Reservierungsvereinbarung)**

für

vollstationäre Pflegeeinrichtungen

zwischen der **Martineum Altenhilfe gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH
Augenerstraße 36, 45276 Essen**

als Träger der **Kurzzeitpflege im Martineum**
Einrichtung

vertreten durch die Geschäftsführung
- nachstehend „Einrichtung“ genannt -

u n d

Frau/Herrn

Wohnhaft

vertreten durch
(vertretungsberechtigte Person)

wird folgender V o r v e t r a g (Reservierungsvereinbarung) für einen Kurzzeitpflegeplatz geschlossen:

§ 1 Reservierung

Die Einrichtung wird Frau/Herrn
für die Zeit vom bis zur Kurzzeitpflege in die Einrichtung aufnehmen. Die Einrichtung verpflichtet sich, den Kurzzeitpflegeplatz für diesen Zeitraum für Frau/Herrn freizuhalten.

Die Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege und der bei Einzug zu schließende Kurzzeitpflegevertrag sind erläutert worden. Der Kurzzeitpflegevertrag ist übergeben worden und bei Einzug von beiden Vertragsparteien zu unterschreiben.

§ 2 Kündigung

Frau/Herr..... kann diesen Vorvertrag (Reservierungsvereinbarung) jederzeit bis 10 Tage vor Einzugstermin ohne Angabe von Gründen in Textform kündigen.

Die Einrichtung kann diesen Vorvertrag nur aus wichtigem Grund kündigen.

§ 3 Aufwandsentschädigung

Im Falle einer Absage des Kurzzeitpflegeplatzes innerhalb eines Zeitraumes von 10 Tagen vor dem Einzugstermin oder für den Fall des Nichtantritts der geplanten Kurzzeitpflege hat Frau/Herr eine pauschalierte einmalige Aufwandsentschädigung in Höhe von € 150 zu leisten. Frau/Herr bleibt es vorbehalten, nachzuweisen, dass der Einrichtung geringere oder gar keine Aufwendungen entstanden sind.

....., den

.....

(für die Einrichtung)

.....

(Gast)

.....

(ggf. vertretungsberechtigte Person)