Unterlagen zur vollstationären Aufnahme

MARTINEUM
EVANGELISCHES SENIORENZENTRUM
ESSEN-STEELE

Bitte beachten !

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

Wir bitten um Beantwortung und Vorlage der Anmeldeunterlagen!

Die Unterlagen müssen am Tag des Aufnahmegespräches vollständig ausgefüllt bei uns vorliegen!

- ☐ **Anmeldung zur Aufnahme | Unterschriften**
- ☐ **Auftrag zur Beschaffung von Arzneimitteln**
- ☐ **Kopie der Vollmacht bzw. Kopie der Bestellung als gesetzliche Betreuungsperson**
- ☐ **Vollmacht zur Ummeldung des Wohnsitzes**
- ☐ **Kopie der aktuellen Pflegeeinstufung | Pflegegrad**
  (+ Antragstellung vollstationäre Pflegeleistung, soweit noch nicht geschehen)
- ☐ **Ärztlicher Fragebogen,** ausgefüllt und unterschrieben vom Hausarzt oder behandelnder Arzt im Krankenhaus
- ☐ **Patientenverfügung, falls vorhanden**
- ☐ **Aktuelle Medikamentenverordnung,** ausgefüllt und unterschrieben vom Hausarzt oder behandelnder Arzt im Krankenhaus
- ☐ **Entlassungs- und Pflegeberichte aus dem Krankenhaus**
- ☐ **Pflegefragebogen | Pflegeüberleitung Von der Pflegeperson bzw. Pflegedienst**
- ☐ **Ausreichend, aktuelle Medikamente Nur in Originalverpackung!**
- ☐ **Gesundheitskarte**
- ☐ **Zuzahlungsbefreiungsausweis, falls vorhanden**
- ☐ **Personalausweis**
- ☐ **Schwerbehindertenausweis, falls vorhanden**
- ☐ **Aktuelle Rentenbescheide oder Konto-Auszug mit aktueller Rentenzahlung**
- ☐ **Letzter aktueller Girokontoauszug**
- ☐ **Nachweise über sonstiges Einkommen bzw. Vermögen (Finanzstatus)**
- ☐ **SEPA-Einzugsermächtigung (Selbstzahler)**
- ☐ **vollständige Covid-Impfung / Impfausweis**

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

MARTINEUM Altenhilfe gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH *Telefon 0201 / 50 23-1*
Augenerstr. 36, 45276 Essen *Telefax 0201 / 50 23-290*

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: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, bitte eine Kopie der Vollmachtserklärung beifügen!

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

Höherstufung 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

Nur im Fall einer Vollstationären Aufnahme auszufüllen

Deckung der Entgelte erfolgt aus: **Betrag ca. €**

☐ laufende Einkünfte (Renten,Pensionen,...):_____

☐ Pflegeversicherung:_____

☐ Sparvermögen, Bankvermögen:_____

☐ sonst. Vermögenswerte:_____

Bankverbindung:

Konto-Nr.:_____ Bankleitzahl:_____

IBAN:_____ BIC:_____

Bankinstitut:_____

Falls die Entgelte nicht aus eigenen Einkünften bestritten werden können:

Welches Sozialamt ist zuständig?

_____

(zustandig ist das Sozialamt des zuletzt angemeldeten Wohnortes)

Ein Antrag auf Übernahme ungedeckter Entgelte durch das Sozialamt

☐ muss noch beantragt werden ☐ ist beantragt am _____

Werden bereits Sozialhilfeleistungen bezogen ? ☐ ja ☐ nein

Versicherungen

Lebensversicherung_____

Sterbeversicherung_____

Haftpflichtversicherung_____

MARTINEUM Altenhilfe gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH *Telefon 0201 / 50 23-1*
Augenerstr. 36, 45276 Essen *Telefax 0201 / 50 23-290*

Auftrag zur Beschaffung von Arzneimitteln

Hiermit erkläre ich (stellvertretend für)

Name: ..... Straße: .....

Vorname : ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....

Geb.: ..... Telefon .....

Für das Beschaffen von Arzneimitteln wird folgende Regelung getroffen:

☐ Der Unterzeichnende beauftragt hiermit die Pflegeeinrichtung, die für den Aufzunehmenden erforderlichen Arzneimittel zu beschaffen und überlässt der Pflegeeinrichtung die Auswahl der Apotheke.

☐ Der Unterzeichnende beschafft die Arzneimittel selbst.

Ort, Datum .....

....

Unterschrift der Bewohnerin / des Bewohners Unterschrift ihres / seines Vertreters

MARTINEUM Altenhilfe gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH Telefon 0201 / 50 23-1

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/Psyche	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-STEELE

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

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

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

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

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

Verhaltensauffälligkeiten

Bewältigung/Umgang mit Krankheiten und Therapien	selbständig	benötigt Hilfe	
Medikation	☐	☐	
Injektionen	☐	☐	
Sauerstoffgabe	☐	☐	
Messungen Blutdruck, Puls, Blutzucker	☐	☐	
Körpernahe Hilfsmittel/z.B. Brille, Hörgerät Kompressionsstrümpfe	☐	☐	
Verbandswechsel/ Wundversorgung	☐	☐	
Einhaltung einer Diät/Verhaltensvorschriften	☐	☐	
	☐	☐	

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	selbständig	benötigt Hilfe
sich beschäftigen	☐	☐

Vorlieben, Gewohnheiten, Rituale

Abneigungen

MARTINEUM Altenhilfe gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH *Telefon 0201 / 5023-1*
Augenerstr. 36, 45276 Essen *Telefax 0201 / 50 23-290*

Vollmacht zur Ummeldung eines Wohnsitzes

Vollmachtgeber (pflegebedürftiger Heimbewohner)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Bisherige Anschrift	
Neue Anschrift ☐ **Martineum Altenhilfe, „Karl-Heinz-Balke-Haus“, Augenerstraße 36, 45276 Essen** ☐ **Martineum Altenhilfe, „Paul-Bever-Haus“, Augenerstraße 38, 45276 Essen** ☐ **Martineum Altenhilfe, „Haus Schäpenkamp“, Schäpenkamp 2, 45276 Essen**	

Ich bin am _____ in die o. g. Einrichtung eingezogen.

Ich bevollmächtige die Martineum Altenhilfe gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH, die melderechtlichen Angelegenheiten für mich zu erledigen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Vollmachtgeber bzw. Betreuer/Bevollmächtigter

MARTINEUM
EVANGELISCHES SENIORENZENTRUM
ESSEN-STEELE

Benötigte Unterlagen für das Sozialamt

		Bemerkungen:
☐	Ausweispapiere (Personalausweis, Schwerbehindertenausweis etc.)	
☐	Vorsorgevollmacht / Bestellungsurkunde	
☐	Stammbuch, Anschriften von Ehepartner und Kindern	
☐	Einstufungsbescheid der Pflegekasse (Antragstellung, soweit noch nicht geschehen)	
☐	Alle aktuellen Einkommensunterlagen (Rentenbescheide/Versorgungsbezüge – bei Verheirateten auch die des Ehegatten, Krankengeldbescheid, Unterhalt, Mieteinnahmen, Leistungen Dritter, etc.)	
☐	Alle Vermögensnachweise (Sparbücher, Wertpapiere, Depots, Immobilien, etc.)	
☐	Versicherungspolicen mit aktuellen Rückkaufswerten (Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung)	
☐	Kontoauszüge der letzten 3 Monate sowie Kundenfinanzstatus der Bank	
☐	Bestattervorsorgevertrag (sofern vorhanden)	
☐	Wohngeldbescheid (sofern vorhanden)	
☐	Mietvertrag mit letzter Mietänderungsmitteilung	

Sämtliche Vermögenswerte müssen zur Deckung der Heimkosten eingesetzt werden (ausgenommen: Schonbetrag in Höhe von 5.000 EUR)

Anschrift:

Stadt Essen – Amt für Soziales und Wohnen, Abt. 50-2-1-2, Steubenstr. 53, 45138 Essen

Telefon: 0201-8850001 Fax: 0201-8850005 E-Mail: sozialamt@essen.de

Verkehrsanbindung

ab Hauptbahnhof:
Haltestelle Wasserturm: Buslinie 146
ab Porscheplatz:
Haltestelle Wasserturm Linie 109, 103 (zeitweise) Buslinie 147

SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Lastschriften

für Heimbewohner/in: _____

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Martineum Altenhilfe
Gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH
Augenerstr. 36
45276 Essen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00001197976

Mandatsreferenz:
(wird vom Gläubiger vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Martineum Altenhilfe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Martineum Altenhilfe auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____ _____
Postleitzahl Ort

_____ __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __
IBAN

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Informationsblatt für Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen[1]

Sozialhilfe und Pflegewohngeld sind einkommens- und vermögensabhängige Sozialleistungen, die Sie als Bewohnerin/Bewohner einer Pflegeeinrichtung erhalten können.

1. Pflegewohngeld

Das Pflegewohngeld wird nach den Voraussetzungen des Alten- und Pflegegesetzes NRW und seiner Durchführungsverordnung gewährt. Voraussetzung ist zunächst, dass Ihr Einkommen und Vermögen und das Ihres nicht getrenntlebenden Ehepartners, eingetragenen Lebenspartners oder der mit Ihnen in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft lebenden Person ganz oder teilweise nicht ausreicht, um die Investitionskosten zu tragen. Für den Einsatz des Einkommens und des Vermögens gelten die Vorschriften des Elften Kapitels des SGB XII entsprechend. Von dem Einkommen sind zusätzlich die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, der Barbetrag zur persönlichen Verfügung und die von der Pflegekasse nicht abgedeckten Pflegekosten abzusetzen. Außerdem ist bei der Anrechnung Ihres Einkommens ein weiterer Selbstbehalt von 50 € monatlich, jedoch beschränkt auf den jeweiligen Einkommensüberhang zu belassen. Das Vermögen darf den Betrag von bis zu 10.000 € bzw. 15.000,- € bei nicht getrenntlebenden Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern sowie eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften nicht übersteigen. Weiter muss es sich um einen dauerhaften (d.h. keinen Kurzzeit-) Aufenthalt zur Pflege handeln. Auch muss Ihr Pflegebedarf in der Regel mit Pflegegrad 2 anerkannt sein.

Pflegewohngeld wird nach der gesetzlichen Regelung grundsätzlich von uns als Einrichtung beantragt. Dazu benötigen wir Ihre Zustimmung bzw. Bevollmächtigung, die wir mit dem beiliegenden Formblatt einholen. Die Antragstellung ist außerdem nur möglich, wenn uns die erforderlichen Angaben und Unterlagen zu Ihrem Einkommen und Ihrem Vermögen sowie ggf. Einkommen und Vermögen Ihres Ehepartners, eingetragenen Lebenspartners oder der mit Ihnen in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft lebenden Person zur Verfügung gestellt werden. Sofern Sie uns die erforderlichen Unterlagen nicht rechtzeitig vorlegen, wird der Antrag von uns nicht gestellt. Sie oder Ihr gesetzlicher Vertreter können dann **selbst den Antrag auf Pflegewohngeld** beim zuständigen Sozialamt stellen.
Pflegewohngeld wird grundsätzlich ab Antragstellung gewährt. Erfolgt die Antragstellung auch für einen bereits abgelaufenen Zeitraum, wird Pflegewohngeld für höchstens drei Monate rückwirkend ab dem Tag bewilligt, ab dem die Voraussetzungen erfüllt waren.

Pflegewohngeld wird unmittelbar an die Einrichtung ausgezahlt. Sie erhalten hierüber von der Behörde einen Bescheid.

Für beihilfeberechtigte Bewohner kann ein Pflegewohngeldanspruch in Betracht kommen, wenn nach dem jeweiligen Beihilfesystem eine Hilfeleistung für den Investitionskostenanteil nicht gewährt wird. Beihilfeberechtigten Bewohnern wird dringend empfohlen, sich bei ihrer jeweiligen Beihilfestelle danach zu erkundigen, ob das Beihilfesystem entsprechende Hilfeleistungen vorsieht. Ein Pflegewohngeldantrag ist in diesen Fällen von ihnen selbst zu stellen.

2. Sozialhilfe

Sozialhilfe kann gewährt werden, wenn die Leistungen der Pflegekasse, das Pflegewohngeld sowie Ihr bzw. das von Ihrem Ehepartner einzusetzende Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um die Kosten zu decken. Geschützt ist dabei ein Geldbetrag i.H.v. € 10.000,00 pro Ehepartner. Geschützt sein kann weiterhin ein sog. „angemessenes Hausgrundstück“, das Ihr Ehepartner (bevorzugt gemeinsam mit Angehörigen) bewohnt. Hierbei kommt es auf den Wert und auf die qm-Fläche der bewohnten Räume an. Nähere Auskünfte erteilen das Sozialamt und Beratungsstellen.

---

[1] Dieses Informationsblatt wurde mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Alle Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen unter Berücksichtigung der geltenden Rechts- und Gesetzeslage erarbeitet und geprüft. Es wird jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität übernommen.

Die Zahlung von Sozialhilfe ist nicht von einem formellen Antrag abhängig. Sie kann aber erst ab **Bekanntwerden der Notlage** der betroffenen Person beim Sozialhilfeträger geleistet werden. Wird z.B. während des Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung deutlich, dass zu seiner Finanzierung trotz Leistungen der Pflegeversicherung und Einsatz der eigenen Einkünfte bzw. der des Ehepartners sowie des nicht geschützten Vermögens alsbald der geschonte Geldbetrag i.H.v. 10.000,00,- € (bei Ehepaaren 20.000,00 €) angetastet werden müsste, um die laufenden Kosten zu decken, sollte vor Inanspruchnahme Ihres Schonvermögens das zuständige Sozialamt informiert werden. Dies sollte am besten schriftlich unter Angabe des Namens, der Adresse und der Pflegebedürftigkeit erfolgen. Sie bzw. Ihre Angehörigen können dazu auch auf dem Amt vorsprechen. Das Sozialamt wird dann noch weitere Unterlagen benötigen. Ferner wird die Bearbeitung voraussichtlich einige Zeit in Anspruch nehmen. Dies ist letztlich für Sie unschädlich, da die Gewährung von Sozialhilfe ab dem Zeitpunkt erfolgt, ab dem das Sozialamt informiert war. Wird das Sozialamt aber nicht rechtzeitig informiert, können aus der verspäteten Mitteilung erhebliche finanzielle Einbußen folgen.

3. Unterhaltsprüfung

Sobald für Sie Sozialhilfe gewährt wird, gehen Unterhaltsansprüche kraft Gesetzes nach § 94 SGB XII auf den Sozialhilfeträger über. Der Übergang findet jedoch nur statt, wenn das Brutto-Jahreseinkommen der Angehörigen (in der Regel der Kinder) über 100.000,00 € liegt. Für diesen Fall wird geprüft, inwieweit die Kinder in der Lage sind, aus ihrem Einkommen und Vermögen Unterhaltszahlungen zur Deckung der entstehenden Sozialhilfeaufwendungen zu leisten. Im Rahmen der Unterhaltsüberprüfung werden Selbstbehalte nach der Düsseldorfer Tabelle von zurzeit 1.800,00 € monatlich (Alleinstehende) bzw. 3.240,00 € monatlich (Ehepaare) eingeräumt. Auch bei der Prüfung von Unterhaltsansprüchen aus Vermögen werden sehr hohe Freibeträge berücksichtigt. Ein vom Unterhaltspflichtigen und Angehörigen selbst genutztes Haus ist in jedem Fall im Rahmen der Unterhaltsüberprüfung geschütztes Vermögen.

Unterhaltsüberprüfungen werden nur bei einer Sozialhilfegewährung vorgenommen.

4. Prüfung sonstiger Ansprüche

Neben der Prüfung von Unterhaltsansprüchen sind bei einer Pflegewohngeld- und/oder Sozialhilfegewährung weitere vorrangige Ansprüche nach § 93 SGB XII zu überprüfen und ggf. überzuleiten. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Ansprüche:

- vertragliche Ansprüche (z. B. Wohnrecht, freie Beköstigung, Hege und Pflege)
- Herausgabeansprüche nach § 528 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (z. B. Schenkungen, Hausübertragungen)
- Ansprüche gegen private Versicherungen (z. B. Unfall- und Haftpflichtversicherungen)

Entsprechende Ansprüche können ggf. auch zu einer Ablehnung der Anträge führen.

5. Informationspflicht

Sofern Pflegewohngeld und/oder Sozialhilfe gewährt wird, sind Sie, Ihre Betreuer, Angehörige sowie die Einrichtungen verpflichtet, dem Sozialhilfeträger alle Änderungen anzugeben, die für die Leistungsgewährung wichtig sind. Dies sind insbesondere:

- jede Einkommens- und Vermögensänderung (Vermögen nur, wenn es die Vermögensfrei grenze übersteigt!)
- Mitteilung über einen beantragten höheren Pflegegrad
- Änderung des Pflegegrades - Beendigung des Heimaufenthaltes aufgrund von Verlassen der Einrichtung (Heimwechsel/ Rückkehr nach Hause) oder Tod der/des Hilfeempfängers/in
- Vorübergehende Abwesenheitszeiten (z. B. Krankenhaus, Urlaub)
- Unterhaltsverpflichtete sind ebenfalls verpflichtet, jede Änderung in den wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnissen mitzuteilen.

(Vorsorge)Vollmacht

DEUTSCHE PALLIATIV STIFTUNG

Hiermit erteile ich als Vollmachtgeber/in ...

Name, Vorname, Geburtsdatum *(Vollmachtgeber/in)*

Anschrift

Telefon *E-Mail*

Vollmacht an ...

Name, Vorname, Geburtsdatum *(bevollmächtigte Person 1)*

Anschrift

Telefon *E-Mail*

Name, Vorname, Geburtsdatum *(bevollmächtigte Person 2)*

Anschrift

Telefon *E-Mail*

Name, Vorname, Geburtsdatum *(bevollmächtigte Person 3)*

Anschrift

Telefon *E-Mail*

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.

Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: ~~Mustertext ☐ Ja~~

und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: **Mustertext** ☒ **Ja**

Stand 3/2023 © www.palliativstiftung.com

Fortsetzung auf Seite 2

1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.	☐ **Ja**
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**
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**
Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 a 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**

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**
Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.	☐ **Ja**
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.	☐ **Ja**

3. Behörden

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

4. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	☐ **Ja**

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).

Stand 3/2023 © www.palliativstiftung.com

Fortsetzung auf Seite 3

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])*	☐ **Ja**

... namentlich ...

... über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.[3]	☐ **Ja**
... Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.	☐ **Ja**
... Verbindlichkeiten eingehen.[3]	☐ **Ja**
... Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.[4]	☐ **Ja**
... Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	☐ **Ja**

6. Digitale Vorsorge / 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.	☐ **Ja**

7. Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen – auch mit dem Service „eigenhändig“ und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	☐ **Ja**

8. Untervollmacht

Sie darf Untervollmacht erteilen.	☐ **Ja**

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.

Stand 3/2023 © www.palliativstiftung.com

Fortsetzung auf Seite 4

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**

10. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.	☐ **Ja**

11. Regelung der Bestattung

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

12. Insichgeschäfte

Der Bevollmächtigte ist von den Beschränkungen nach § 181 BGB (Insichgeschäfte) befreit, er darf also als mein Vertreter auch mit sich selbst einen Vertrag schließen.	☐ **Ja**

13. Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

14. Unterschriften[5, 6]

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

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

……..
Ort, Datum, Unterschrift, Dienstsiegel, ...
Bestätigung der Entscheidungs- und/oder 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.

Stand 3/2023 © www.palliativstiftung.com

WWW.CHARTA-FUER-STERBENDE.DE
Wir unterstützen die Charta