

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

für die Zeit vom/bis: _____

1. **Familienname**
(bei Frauen auch Geburtsname) _____

2. **Vornamen:**
(Rufname unterstreichen) _____

3. **Geburtstag, Monat, Jahr:** _____

4. **Geburtsort:** _____

5. **Anschrift:**
PLZ, Wohnort, Straße

6. **Familienstand seit:** _____
led.: verh.:
verw.: gesch.:

7. **Staatsangehörigkeit:** _____

8. **Religion:** _____

9. **Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?**

KV-Nr.:

10. **Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung zu den Kosten der Arznei-, Verbands-, Heilmittel und Fahrkosten vor? (Befreiungsausweis unbedingt vorlegen)** Ja Nein
Befreiung bis: _____

11. **Name u. Anschrift des bisherigen Hausarztes:** _____

12. **Waren Sie bereits mit -Corona-Virus infiziert? Wenn ja, wann?** Ja Nein

13. **Sind Sie bereits gegen Corona geimpft worden?** Ja Nein
1. Impfung am: Impfstoff: Impfarzt:
2. Impfung am: Impfstoff: Impfarzt:
3. Impfung am: Impfstoff: Impfarzt:

14. Wird für die Dauer der Kurzzeitpflege ein Telefon gewünscht? Ja Nein
15. Sind Sie bereits durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) begutachtet worden? Ja Nein
16. Wenn ja, welcher Pflegegrad liegt vor? _____
17. Besteht eine amtsrichterliche Betreuung? Ja Nein
 beantragt

Wenn ja, Name der betreuenden Person angeben u. Kopie des Betreuerausweises vorlegen

18. Besteht eine Vollmacht? Ja Nein
Wenn ja, bitte folgende Angaben:

Art der Vollmacht:
(z.B. Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht etc.)

Name des Bevollmächtigten
(Kopie der Vollmacht vorlegen)

19. Besteht eine Patientenverfügung? Ja Nein
(Wenn ja, Kopie vorlegen)

20. nächste Angehörige:

a. Name:

Straße:

PLZ, Wohnort

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

weitere Angehörige:

- b. Name: _____
- Straße: _____
- PLZ, Wohnort _____
- Tel.-Nr.: _____
- E-Mail: _____
- Verwandtschaftsgrad: _____

weitere Angehörige:

- c. Name: _____
- Straße: _____
- PLZ, Wohnort _____
- Tel.-Nr.: _____
- E-Mail: _____
- Verwandtschaftsgrad: _____

21. Wer soll im Krankheits- oder Sterbefall benachrichtigt werden?

- s. Angaben Punkt 19 a
- s. Angaben Punkt 18 b
- s. Angaben Punkt 19 c

22. Sind die anfallenden Kosten für die Kurzzeitpflege die nicht von einem Kostenträger (z. B. Pflegekasse) übernommen werden, aus Ihren Einkünften gesichert?

- Ja Nein

23. Ist ein Antrag auf Kurzzeitpflege bei der zuständigen Pflegekasse gestellt worden? (wenn ja, bitte Kopie beifügen)

- Ja Nein

24. Rechnungsstellung an: _____

25. An Unterlagen bitte mitbringen:

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Krankenversicherungskarte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. | Kopie Betreuerausweis u. Beschluss | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. | Kopie Vollmacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4.. | Zuzahlungsbefreiung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. | Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. | Medikamente | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. | bei bestehender Inkontinenz,
die erforderlichen Materialien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Gültigkeit für diese Anmeldung haben die in der Vereinbarung zur Kurzzeitpflege genannten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegegastes
bzw. des Betreuers

Wir verweisen darauf, dass die angegebenen personenbezogenen Daten gespeichert und zu internen Zwecken im Interesse der Bewohner verwendet werden, eine Weitergabe ist damit nicht verbunden.