

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

für die Zeit vom: _____ bis: _____

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

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

3. **Geburtsdag**, Monat, Jahr:

4. **Geburtsort**:

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

6. **Familienstand**: seit:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ Sonstiges: _____

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-, ☐ ja ☐ nein
Verbands-, Heilmittel- und Fahrkosten vor?

(Befreiungsausweis unbedingt vorlegen)

Befreiung bis _____

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

12. Waren Sie bereits mit Corona-Virus infiziert?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann?

13. Sind Sie bereits durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) begutachtet worden? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher **Pflegegrad** liegt vor?

14. Soll die Reinigung der Wäsche in der Wäscherei erfolgen? ☐ ja ☐ nein

15. Wird für die Dauer der Kurzzeitpflege ein **Telefon** gewünscht? ☐ ja ☐ nein

16. Sind Sie **beihilfeberechtigt**? ☐ ja ☐ nein

17. Besteht eine **amtsrichterliche Betreuung**? ☐ ja ☐ nein

(Beschluss bitte vorlegen)

☐ beantragt

Wenn ja, Name, Anschrift und Tel. Nr. der **betreuenden Person**:

18. Besteht eine **Vollmacht**?

Wenn ja, bitte folgende Angaben:

☐ ja ☐ nein

Art der Vollmacht:

(z.B. Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht etc.)

Name des Bevollmächtigten

(Kopie 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. Sind die Kosten für die Kurzzeitpflege, die nicht von einem Kostenträger (z.B. Pflegekasse) übernommen werden, aus **Ihren Einkünften** gesichert? ☐ ja ☐ nein

22. **Rechnungsstellung** an:

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

24. Wer soll im **Krankheits- oder Sterbefall** benachrichtigt werden?

siehe Punkt **20 a** ☐

siehe Punkt **20 b** ☐

siehe Punkt **20 c** ☐

25. **An Unterlagen bitte mitbringen:**

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Krankenversicherungskarte | ☐ ja | ☐ nein |
| 2. Kopie Betreuerausweis und Beschluss | ☐ ja | ☐ nein |
| 3. Kopie Vollmacht | ☐ ja | ☐ nein |
| 4. Zuzahlungsbefreiung | ☐ ja | ☐ nein |
| 5. Patientenverfügung | ☐ ja | ☐ nein |
| 6. Medikamente | ☐ ja | ☐ nein |
| 7. bei bestehender Inkontinenz die erforderlichen Materialien | ☐ ja | ☐ 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.