

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

für die Zeit vom: _____ bis: _____

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

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

3. **Geburtstag**, 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-,
Verbands-, Heilmittel- und Fahrkosten vor? ja nein
(Befreiungsausweis unbedingt vorlegen) Befreiung bis _____

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

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

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

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

14. Sind Sie **beihilfeberechtigt**? ja nein

15. Besteht eine **amtsrichterliche Betreuung**? ja nein

(*Beschluss bitte vorlegen*) beantragt

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

16. Besteht eine **Vollmacht**?

Wenn ja, bitte folgende Angaben: ja nein

Art der Vollmacht:

(z.B. *Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht etc.*)

Name des Bevollmächtigten

(*Kopie vorlegen*)

17. Besteht eine **Patientenverfügung**?

(*Wenn ja, Kopie vorlegen*) ja nein

18. 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: _____

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

20. **Rechnungsstellung** an:
-
-

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

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

siehe Punkt 19 a

siehe Punkt 19 b

siehe Punkt 19 c

23. **An Unterlagen bitte mitbringen:**

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Krankenversicherungskarte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Kopie Betreuerausweis und 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.

[zurücksetzen](#)

[drucken](#)

 [Formular absenden](#)