

## 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:

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. 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**?  ja  nein  
 Wenn ja, bitte folgende Angaben:

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

Name des Bevollmächtigten  
*(Kopie vorlegen)*

17. Besteht eine **Patientenverfügung**?  ja  nein  
*(Wenn ja, Kopie vorlegen)*

18. Sind Sie bereits gegen **Corona** geimpft worden?  ja  nein

1. Impfung am: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_ Impfarzt: \_\_\_\_\_

2. Impfung am: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_ Impfarzt: \_\_\_\_\_

3. Impfung am: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_ Impfarzt: \_\_\_\_\_

4. Impfung am: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_ Impfarzt: \_\_\_\_\_

19. **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: \_\_\_\_\_

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

21. **Rechnungsstellung** an:

---



---

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

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

siehe Punkt **19 a**       siehe Punkt **19 b**       siehe Punkt **19 c**

24. **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.