

**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. **Sind Sie beihilfeberechtigt?**                       Ja                       Nein

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

12. **Name u. Anschrift des bisherigen Hausarztes:** \_\_\_\_\_

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

14. **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:

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. 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)

\_\_\_\_\_

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

21. 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: \_\_\_\_\_

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

- s. Angaben Punkt 21 a
- s. Angaben Punkt 21 b
- s. Angaben Punkt 21 c

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

- Ja  Nein

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

- Ja  Nein

25. Rechnungsstellung an: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26. 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,<br>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.**

## Ärztlicher Fragebogen

Die Angaben in diesem Fragebogen dürfen zum Beginn  
der Kurzzeitpflege **nicht älter als 14 Tage** sein!

**NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM**

---

**DIAGNOSEN**

---



---

**ALLERGIEN**

nein     nicht bekannt     ja: \_\_\_\_\_

**SUCHTKRANKHEITEN**

nein     nicht bekannt     ja: \_\_\_\_\_

**MELDEPFLICHTIGE KRANKHEITEN IM SINNE DER §§ 6, 7 IFSG, z.B.:**

nein

**MRSA**  ja

**TBC**  ja

**AIDS**  ja

**HIV**  ja

**HEPATITIS TYP C**  ja

**WAREN SIE BEREITS MIT -CORONA-VIRUS INFIZIERT?**

ja     nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Ernährungssonde

Diab. mell.

Herzschrittmacher

Anus praeter

Stuhlinkontinenz

Dekubitus

Harninkontinenz

Blasenkatheter

\_\_\_\_\_

Gehfähig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Rollstuhlfahrer/in:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Bettlägerig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Unruhe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein

<b>HILFEBEDARF</b>	<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ernährung
	<input type="checkbox"/> Mobilität	<input type="checkbox"/> _____

<b>KÖRPERLICHE Einschränkungen</b>	<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Sprachstörung
	<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Lähmung
	<input type="checkbox"/> Kontraktur	<input type="checkbox"/> Schluckstörung

<b>ORIENTIERUNG</b>			
<b>zeitlich:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
<b>örtlich:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
<b>situativ:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
<b>zur Person:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein

**Medikation**

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

## Anlage zum Ärztlichen Fragebogen

### Infektionsschutzgesetz (IfSG)

#### Auszug aus §36, Abs.4 IfSG:

„Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Altenpflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung im Sinne des §1 Abs.1a des Heimgesetzes [...] aufgenommen werden sollen, haben **vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose** vorhanden sind.

[...] Personen, die nach Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, die für die Ausstellung des Zeugnisses nach Satz 1 und 2 erforderlichen Untersuchungen zu dulden. [...]"

#### Auszug aus §73, Abs.1 IfSG:

„Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig [...]:

**Nr.4:** entgegen [...] §36 [...] eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt, [...]

**Nr.19:** entgegen §36, Abs.4, Satz 6 eine Untersuchung nicht duldet [...]"

#### Auszug aus §73, Abs.2 IfSG:

„Die Ordnungswidrigkeit kann [...] mit einer Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro geahndet werden.“

### ERKLÄRUNG

Ich, \_\_\_\_\_, bin über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) aufgeklärt worden.

*Vorname, Name*

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Bewohner/in/Betreuer/in