

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,
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

HILFEBEDARF

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

KÖRPERLICHE

Einschränkungen

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

ORIENTIERUNG

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

lichen Zeugnisses nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) aufgeklärt worden.

Datum

Unterschrift Bewohner/in/Betreuer/in