



# Anmeldung zur Kurzzeitpflege

## Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsname		
Anschrift		Tel. / Handy		
Aufenthaltort zur Zeit (z.B. Krankenhaus) Adresse / Tel.				
Geburtsdatum	Geburtsort	Fam.Stand	Konfession	Staatsangeh.

## Angehörige oder Bezugspersonen

1. Name, Vorname		Tel. / Handy / Fax / E-Mail		
wie verwandt	Adresse			
2. Name, Vorname		Tel. / Handy / Fax / E-Mail		
wie verwandt	Adresse			
3. Name, Vorname		Tel. / Handy / Fax / E-Mail		
wie verwandt	Adresse			

## BetreuerIn oder Bevollmächtigter

Name, Vorname	Adresse
Wirkungskreis der BetreuerIn	Tel. / Handy / Fax / E-Mail



## Anmeldung zur Kurzzeitpflege

### Kranken-/Pflegekasse / Arzt

Kranken-/Pflegekasse	Pflegestufe	Versicherungsnummer
Hausarzt	Adresse	Tel
Werden Sie von Ihrem Hausarzt weiter betreut?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Kosten und Einkommen

Sind die Kosten gedeckt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie oder Ihr/e EhepartnerIn verbeamtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kostenübernahme durch das Sozialamt in .....		
<input type="checkbox"/> Antrag ist gestellt worden am .....		
<input type="checkbox"/> Antrag muss noch gestellt werden (von den Angehörigen)		
Antrag auf Kurzzeitpflege ist bei der Pflegekasse gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungen der Pflegekasse sind beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist erfolgt? Falls "ja", bitte in der Verwaltung vorlegen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bescheid der Pflegekasse bezüglich der Pflegestufe liegt vor? Falls "ja", bitte in der Verwaltung vorlegen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Möglicher Einzugstermin

ab Datum
----------

Ort, Datum

Unterschrift