



Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Angaben zur Person

Vor- und Nachname

Geburtsname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Derzeitiger Aufenthaltsort, z.B. Krankenhaus (Name, Adresse, Telefon)

Angehörige oder Bezugspersonen

1. Vor- und Nachname

Telefon, E-Mail

Adresse

wie verwandt/bekannt

2. Vor- und Nachname

Telefon, E-Mail

Adresse

wie verwandt/bekannt

3. Vor- und Nachname

Telefon, E-Mail

Adresse

wie verwandt/bekannt

Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Vor- und Nachname

Telefon, E-Mail, Fax

Adresse

Wirkungskreis

Stempel der Einrichtung



Kranken-/Pflegekasse & Hausarzt/Hausärztin

.....
Kranken-/Pflegekasse

.....
Versicherungsnummer

.....
Pflegegrad

.....
Name Hausarzt/Hausärztin

.....
Telefonnummer

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

Werden Sie von Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin weiter betreut? ja nein

Kosten & Einkommen

Sind die Kosten gedeckt? ja nein

Waren Sie oder Ihr/e Ehepartner/in verbeamtet? ja nein

Eine Bestätigung zur Kostenübernahme des Sozialamts inliegt vor.
(Bitte legen Sie die Bestätigung in der Verwaltung vor.)

Der Antrag auf Kostenübernahme ist am gestellt worden.

Der Antrag auf Kostenübernahme muss noch (von den Angehörigen/dem Betreuer) gestellt werden.

Ist der Antrag auf Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse gestellt worden? ja nein

Sind die Leistungen der Pflegekasse beantragt? ja nein

Ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt?
(Falls ja, legen Sie bitte die Bestätigung in der Verwaltung vor.) ja nein

Liegt der Bescheid der Pflegekasse bzgl. des Pflegegrades vor?
(Falls ja, legen Sie bitte die Bestätigung in der Verwaltung vor.) ja nein

Möglicher Einzugstermin

Ein Einzug ist ab dem möglich.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Stempel der Einrichtung