

## Anmeldung zur Kurzzeitpflege

(Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Zimmernummer: 

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

<b>1. Name</b> (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	_____
<b>2. Vorname(n)</b> (Rufnamen bitte unterstreichen)	_____
<b>3. Wohnung</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (PLZ)      (Wohnort, Gemeinde)  _____ (Straße, Hausnummer)  _____ (bei wem?) bei:
<b>4. Derzeitiger Aufenthalt</b>	_____ (Straße, Hausnummer)  _____ (PLZ)      (Wohnort, Gemeinde)  _____ (bei wem?) bei:
<b>5. Zur Zeit in welchem Krankenhaus, welcher Pflegeeinrichtung o.ä.?</b>	_____ (Name der Einrichtung)  _____ (Anschrift der Einrichtung)  _____ (Aufnahmetag)                      (Aufnahmegrund)
<b>6. Eintrittsgrund</b>	<input type="radio"/> hilfsbedürftig <input type="radio"/> Kurzzeitpflege Urlaub <input type="radio"/> Kurzzeitpflege ReHa <input type="radio"/> pflegebedürftig

<p><b>7. Geburtsdaten</b></p> <p>(Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)</p>	<p>_____</p> <p>(am)                      (in)</p> <p>_____</p> <p>Geburtsname</p>		
<p><b>8. Familienstand:</b> _____</p>	<p><b>9. Konfession:</b> _____</p>	<p><b>10. Staatsangehörigkeit:</b> _____</p>	
<p><b>11. Zahlart:</b>            <input type="radio"/> Sozialhilfeempfänger                      <input type="radio"/> Selbstzahler &amp; Pflegekasse</p> <p>                                 <input type="radio"/> Selbstzahler &amp; Pflegewohngeld                      <input type="radio"/> Selbstzahler</p>			
<p><b>12. Personalausweisnummer:</b> _____</p>			
<p><b>13. Kinder</b> (bei mehreren Ehen getrennte Angaben)</p> <p>_____</p> <p>(Anzahl gesamt)</p>	<p>Volljährige</p> <p>_____</p> <p>(Anzahl)</p>	<p>Minderjährige</p> <p>_____</p> <p>(Anzahl)</p>	<p>Verstorbene</p> <p>_____</p> <p>(Anzahl)</p>
<p><b>14. Angehörige</b></p> <p>a) _____</p> <p>(wie verwandt?)                      (Vor- Zuname)</p> <p>_____</p> <p>(PLZ)      (Wohnort, Gemeinde)                      (Straße, Hausnummer)                      (Telefon)</p> <p>b) _____</p> <p>(wie verwandt?)                      (Vor- Zuname)</p> <p>_____</p> <p>(PLZ)      (Wohnort, Gemeinde)                      (Straße, Hausnummer)                      (Telefon)</p> <p>c) _____</p> <p>(wie verwandt?)                      (Vor- Zuname)</p> <p>_____</p> <p>(PLZ)      (Wohnort, Gemeinde)                      (Straße, Hausnummer)                      (Telefon)</p> <p>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben.)</p>			
<p><b>15. Betreuer</b></p> <p>Vor- und Zuname: _____</p> <p>_____</p> <p>(PLZ)      (Wohnort, Gemeinde)                      (Straße, Hausnummer)                      (Telefon)</p> <p>Betreuungsumfang:</p> <p><input type="radio"/> Ämter      <input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung      <input type="radio"/> Bank      <input type="radio"/> Bauchgurt      <input type="radio"/> Bettgitter</p> <p><input type="radio"/> freiheitsentziehende Maßnahmen      <input type="radio"/> Generalvollmacht      <input type="radio"/> Gesundheitsvorsorge</p> <p><input type="radio"/> Notar      <input type="radio"/> Postvollmacht      <input type="radio"/> Vermögenssorge</p>			

<b>16. Beruf:</b> erlernter Beruf: _____  zuletzt ausgeübter Beruf: _____
<b>17. Krankenkasse</b> (oder sonstige Kostenverträge für Arzt , Arznei usw.) _____
<b>18. Versicherungsverhältnis</b> (z. B. Rentner, freiwillige Mitglieder, Familienhilfe) _____
<b>19. Mitglieds- Nr.</b> der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers _____
<b>20. Erhaltene Pflegestufe</b> <input type="checkbox"/> Seit: _____
<b>21. Beantragte Pflegestufe</b> <input type="checkbox"/> beantragt am: _____
<b>22. Wer erhält die Rechnung:</b> _____
<b>23. Name des Hausarztes</b>  _____ (Titel) (Vor- Zuname) (Telefon)  _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Fax)
<b>24. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?</b>  Vor- und Zuname: _____  _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)  in welcher Eigenschaft? _____
<b>25. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen</b>  _____  _____
<b>26. Gewünschtes Bestattungsunternehmen</b>  _____

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf- verbindlich. Alle Angaben entsprechenden den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)

\_\_\_\_\_  
(Wenn nicht Personen gleich, auch Unterschrift des Aufzunehmenden)

Bitte überzeugen Sie sich , ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.