

Anmeldung zur Kurzzeitpflege von _____ bis _____

1. Personendaten des Kurzzeitpflegegastes

| | |
|-------------------|---------------------|
| Name | Geburtsname |
| Vorname | Titel |
| Straße Hausnummer | Telefon Nr. |
| PLZ Wohnort | |
| geboren am | in |
| Familienstand | Konfession |
| Kinder Anzahl | Staatsangehörigkeit |

Rechnung an den Bewohner? Ja Nein Wenn Nein, Rechnung an:

Rechnungsempfänger Betreuer/ Bevollmächtigter (Urkunde als Kopie beifügen)

| | |
|-------------------|--------|
| Name, Vorname | |
| Straße Hausnummer | |
| PLZ Wohnort | |
| Telefon Mobil | E-mail |
| Telefon Nr. | Fax Nr |

2. Krankenkasse/Pflegekasse

| | | | | | |
|---|---|----------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| Pflegekasse | Mitgliedsnummer | Tel.Nr: | | | |
| <input type="checkbox"/> Mitglied | <input type="checkbox"/> Familienversichert | <input type="checkbox"/> Rentner | <input type="checkbox"/> Privatversichert | <input type="checkbox"/> Selbstzahler | |
| Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Grad 1 | <input type="checkbox"/> Grad 2 | <input type="checkbox"/> Grad 3 | <input type="checkbox"/> Grad 4 | <input type="checkbox"/> Grad 5 |
| Ist der Antrag auf Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege gestellt? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Kopie bitte beifügen) | | | | | |
| Wurde im Kalenderjahr bereits Kurzzeit-/oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |

Ich bin von Zuzahlungen befreit nein ja, seit

Ich bin beihilfeberechtigt nein ja, zu %

| |
|--|
| Vermerk der Kurzzeitpflege Einzug am _____ Zimmer _____ |
| Bettengeld ab _____ Bemerkung: |

3. Kostenträger

Zutreffendes bitte ankreuzen: Die nicht durch die Pflegekasse gedeckten Kosten werden
aufgebracht durch: Zuzahlung aus Barvermögen ergänzende Sozialhilfe
Antrag auf Kostenübernahme der nicht gedeckten Kosten wurde beim Sozialamt gestellt? Ja Nein

4. Angehörige und Ansprechpartner während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax _____

E-mail _____

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax _____

E-mail _____

5. Hausarzt

Name _____

Telefon Nr. _____

Telefon Nr. _____

Fax _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Wird der Arzt bei Bedarf einen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege machen? Ja Nein

6. Facharzt

Name _____

Fachrichtung _____

Telefon Nr. _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Wird der Arzt bei Bedarf einen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege machen? Ja Nein

Der ärztliche Fragebogen liegt der KZP bereits vor Ja Liegt bei

Ort, Datum _____

Unterschrift des Pflegebedürftigen/seines gesetzlichen Vertreters _____

Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) schriftlich ausgehändigt wurden.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.