FB Antrag auf Aufnahme Kurzzeitpflege

**DRK-Seniorenzentrum**

**Telefon:**

Vor- und Zuname

Adresse

Derzeitiger Aufenthalt

Geburtsdatum Geburtsort

Geburtsname …………………………………………………………………………………………….

Familienstand Konfession Staatsangehörigkeit

Angehörige a) Name

Straße/PLZ/Ort

wie verwandt Telefon:

E-Mail Fax:

b) Name

Straße/PLZ/Ort

wie verwandt Telefon:

E-Mail Fax:

Vollmachtinhaber Name

Betreuer Name

(nach Betreuungsrecht) Straße/PLZ/Ort

Telefon:

E-Mail Fax:

Wirkungskreis der Betreuung

Hausarzt Name

Straße/PLZ/Ort

TelefonFax:

E-Mail

Krankenkasse/Pflegekasse: Versicherungsnummer: Befreit? Ja  nein

Pflegegrad PG 1  PG 2  PG 3  PG 4  PG 5

gewünschter Aufnahmezeitraum von : bis

in einem  EZ (Einzelzimmer)  DZ (Doppelzimmer)

Rechnungsempfänger Name

Straße/PLZ/Ort

E-Mail

|  |  |
| --- | --- |
| **Finanzierung**  Kurzzeitpflege wurde dieses Jahr bereits in Anspruch genommen? | nein  ja, es stehen noch  \_\_\_\_\_\_\_\_ Euro zur Verfügung |
| Anschlussbetreuung erfolgt? | Pflegeeinrichtung,  zu Hause  mit amb. Pflegedienst,  Reha  Hospiz |
| Kostenübernahmebescheinigung der Pflegekasse ist vorhanden | ja  nein;  ist beantragt |
| Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI sind bewilligt?  Unterstützung durch Sozialamt wird bereits in Anspruch genommen | ja  nein;  ja  nein; |
| Unterstützung durch Sozialamt für die KZP ist für den Eigenanteil (Unterkunft und Verpflegung) notwendig? | ja  nein;  ist beantragt |
| Kriegsopferfürsorge | ja  nein; |
| Hinweis zur Kriegsopferfürsorge: Als Nachweis muss ein Rentenbescheid des Versorgungsamtes vorliegen. | liegt bei  wird nachgereicht |
| Beihilfeberechtigung | ja  nein |

**Grund für die Aufnahme / Zielsetzung nach Kurzzeitpflege?**

**Liegen Impfnachweise vor?**  ja  nein

|  |
| --- |
| Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen    Hinweis:  Ein Eigenanteil (i.d.R. Unterkunft und Verpflegung) ist immer durch den Nutzer zu zahlen.  Sollte am Entlassungstag die Kostenbescheinigung der Pflegekasse nicht schriftlich vorliegen, wird dem Vertragspartner der Gesamtbetrag in Rechnung gestellt. |
| Medikamente sind in der Originalverpackung, mit Name beschriftet, von Zuhause mitzubringen. Sollten diese nicht in der Originalverpackung mitgebracht werden, kann die Behandlungspflege nicht durchgeführt werden. |

Datum, Ort

Unterschrift des Antragstellers Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Aufzunehmenden