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