

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Anmeldetag _____ Aufenthalt von _____ bis _____ = _____ Tage

Familienname _____ **Vorname** _____

Geburtsname _____ geboren am _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Wohnort (PLZ/Straße/Nr.) _____

Telefon _____ Familienstand: _____ Konfession: _____

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____ Status _____

Zuständiges Einwohnermeldeamt/Standesamt: _____

Anschrift: _____, Tel. _____ Fax _____

Jährliche Beanspruchung der KK sind € 1.510,00, davon bereits beansprucht: _____ €

War der zu Pflegende jemals schon zur Kurzzeitpflege? ja nein

wenn ja, wo? _____
von _____ bis _____

Pflegebedingter Aufwand je Pflegestufe:

PS I: 48,46 €/Tag = ca. 28 Tage

PS II: 60,95 €/Tag = ca. 24 Tage

PS III: 70,33 €/Tag = ca. 21 Tage

Tägliche Zuzahlung im Einzelzimmer: 33,65 €/Tag

Tägliche Zuzahlung im Doppelzimmer: 28,69 €/Tag

(gültige Preise ab 01.07.2011)

Eigenanteil pro Tag: _____ €

Eigenanteil für den gesamten Aufenthalt: _____ €

Genehmigung zur Kostenübernahme der Pflegekasse muss vorliegen. ja

Wenn keine Genehmigung zur Kostenübernahme vorliegt, bestätige ich hiermit, dass ich die gesamten Heimkosten übernehme.

Unterschrift/Antragsteller

Beihilfe berechtigt ja nein

Privat versichert ja nein

Adresse / Telefonnummer / Fax _____

Hausarzt / Name, Anschrift und Telefonnummer _____

Medikamente / Windeln / Einlagen für die Dauer des Aufenthalts bitte mitbringen

(bitte Beiblatt „Medikamentenaufstellung“ ausfüllen)

Vom Medizinischen Dienst festgestellte **Pflegestufe:** _____

Antragsteller _____

Besondere Wünsche im **Todesfall:** _____

Ansprechpartner/Betreuer (Ausweis vorlegen) während des KZP-Aufenthaltes

Name/Vorname _____

Anschrift _____

Bezug zum Bewohner _____ Telefon/Handy _____

Weitere Ansprechpartner? ja nein
(bitte Beiblatt „weitere Ansprechpartner“ ausfüllen)

Rechnungsstellung / Rechnungsempfänger: _____

Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich die Zahlung der Heimkosten veranlasse, bzw. für einen reibungslosen Zahlungsverkehr Sorge.

Ort/Datum

Unterschrift Bewohner/Angehöriger/Betreuer/Bevollmächtigter

Eventuell Formular „Abbuchungsauftrag für Lastschriften“ unterschreiben lassen.

Besichtigung des Zimmers Nr.:.....vorgenommen? ja nein
durch _____ wenn nein, Grund: _____

Durch wen wurde der Heimbewohner / die Angehörigen auf unser Haus aufmerksam gemacht?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Bekannte |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Prospekt |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Kopie an den Antragsteller ausgehändigt.

Deggendorf/Metten, _____

Unterschrift des Antragstellers bzw. des Aufzunehmenden _____

Aufnehmender Mitarbeiter: _____