

# Angaben zur Aufnahme in der Kurzzeitpflege

## Angaben zum Zeitpunkt der Aufnahme (auszufüllen von der Einrichtung)

Aufnahmetag:		Uhrzeit:		befristet bis:	
Zimmer:		Entlassung in die Häuslichkeit		oder	

## Angaben zur Person

Name, Vorname:					
Geburtsname:					
Geburtsdatum:		Geburtsort:			
Meldeadresse:					
Derzeitiger Aufenthaltsort:					
Telefon:		Fax:			
E-Mail-Adresse:					
Familienstand:		Größe:			
Konfession:		Gewicht:			

## Angehörige\*r

Name, Vorname:					
Meldeadresse:					
Verwandtschafts- verhältnis:		Telefon:			
E-Mail-Adresse:		Fax:			

## Ärztliche Versorgung

Name / Anschrift des*der Hausarztes*ärztin bzw. Facharztes*ärztin:					
Ärztliches Gutachten:		Vorhanden (beiliegend)		Folgt	
Allergien und Unverträglichkeiten:					

## Bevollmächtigung

Eine Bevollmächtigung zur Regelung von behördlichen und vertraglichen Angelegenheiten wurde erteilt?	Ja	Nein	Kopie erhalten
Name, Vorname der bevollmächtigten Person:			
Anschrift			
Telefon		Fax:	
E-Mail-Adresse:			

## Gesetzliche Betreuung

Besteht	Beantragt am:	<b>Aufgabenkreis:</b>
Besteht nicht	Amtsgericht:	Aufenthaltsbestimmung
Name, Vorname des*der Betreuers*in:		Behördenangelegenheiten
Anschrift:		Gesundheitssorge
		Vermögenssorge
Telefon:	Fax:	Wohnungsangelegenheiten
E-Mail-Adresse:		Post
Betr.-Ausweis-Nr.:		
		Kopie erhalten

## Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse:		Gesundheitskarte erhalten
Versichertennummer:		Befreiungskarte erhalten
Zuzahlungsbefreiung liegt vor?	Ja	Nein
		Geltungszeitraum:

## Angaben zur Pflegeversicherung

Liegt ein Pflegegrad vor?	Ja	Nein	Pflegegrad:	Seit wann?
Wurde in diesem Kalenderjahr bereits Kurzzeit- oder Verhinderungspflege genutzt?	Ja	Nein	Von	Bis

### Angaben zur Pflegeversicherung

Ein Kostenübernahme durch die Pflegekasse liegt für den Aufenthalt vor?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Kopie erhalten	<input type="checkbox"/>	Nein beantragt am:	<input type="text"/>
Eine Beihilfeberechtigung liegt vor?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein			

### Finanzierung des Aufenthaltes

Kann der Eigenanteil aus eigenen Mitteln finanziert werden?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Ein Antrag auf Übernahme, der aus eigenen Mitteln nicht zu finanzierenden Eigenanteile, wird beim Sozialhilfeträger gestellt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

### Diese Hilfsmittel werden mitgebracht

<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	WC-Sitzerhöhung	<input type="checkbox"/>	mob. Sauerstoffgerät
<input type="checkbox"/>	PEG-Versorgungssystem		<input type="checkbox"/>	Inkontinenzmaterial		<input type="checkbox"/>	

### Folgende Ausweise und Verträge sind vorhanden

<input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	Berechtigung Sonderfahrdienst
<input type="checkbox"/>	Grad der Behinderung in %	<input type="checkbox"/>	Patientenverfügung
<input type="checkbox"/>	Merkzeichen	<input type="checkbox"/>	Vertrag zur Bestattungsvorsorge
<input type="checkbox"/>	Aufklärung über Anlage E des Heimvertrages ist erfolgt.		

### Anmerkungen und Wünsche

--	--

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Bewohner\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in

### Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die o.g. Daten zu internen Zwecken verarbeitet, genutzt und gespeichert werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Bewohner\*in bzw. gesetzliche\*r Vertreter\*in