

Region Herford-Lippe

- Anmeldung Kurzzeitpflege**
 Anmeldung vollstationäre Versorgung

Diese persönlichen Angaben benötigen wir, um Sie besser kennenzulernen. Mit den von Ihnen gemachten Angaben wird vertraulich umgegangen. Der Fragebogen wird der Pflegedokumentation beigefügt. Alle Mitarbeiter der Einrichtung unterliegen der Schweigepflicht im Sinne des Datenschutzes.

Familienname:	_____	Vorname:	_____
geboren am:	_____	Geburtsname:	_____
Geburtsort:	_____	Familienstand:	_____
Konfession:	_____	Staatsangehörigkeit:	_____

Adresse / Adresse vor Einzug:

Wo befindet sich der Interessent?

Erstkontakt durch wen?

Datum:

Handzeichen:

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

Besonderheiten:

Ansprechpartner (wenn abweichend vom Klienten)

Name, Vorname:

Anschrift/Tel.:

- Kurzzeitpflegeplatz in der Zeit vom _____ bis _____
 vollstationäre Aufnahme gewünscht ab _____

Sepa-Mandat:

ja nein

(Formular Sepa-Mandat Basis Lastschrift)

Krankenkasse/Pflegekasse, Ort:

Krankenversicherungsnummer:

Pflegegrad

- Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5
 kein Pflegegrad (d.h. keine Begutachtung durch den MDK bisher)
 Einstufung ist beantragt

Rechnungsempfänger (bitte nur angeben, wenn eine Vollmacht oder eine Betreuung vorliegt):

Liegt eine Vollmacht vor:
(Vollmacht in Kopie beifügen)

ja nein

Vollmachtsinhaber:

Liegt eine Patientenverfügung vor:
(Patientenverfügung in Kopie beifügen)

ja nein

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor:
Aktenzeichen: _____

ja nein

Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt:
(Bitte Bestellung des Amtsgerichts beifügen)

ja nein

Einwilligungsvorbehalt:

ja nein

Name und Anschrift des

Betreuers:

Hinlauftendenz

ja

nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig:

ja

nein

(Bitte Kopie des Beschlusses beifügen)

Rezeptgebühr befreit:

ja

nein

Fahrtkosten befreit:

ja

nein

(Bescheinigung in Kopie beifügen)

Hausarzt/Konsiliararzt (Adresse, Telefon):

Höherstufung beantragt

ja

nein

§ 43b Leistungen gewünscht¹

ja

nein

Antrag Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege gestellt

ja

nein

In Anspruch genommene Kurzzeitpflege (lfd. Jahr)

ja

nein

(Unterlagen in Einrichtung vorhanden und eingescannt)

In Anspruch genommene Verhinderungspflege (lfd. Jahr)

ja

nein

(Unterlagen in Einrichtung vorhanden und eingescannt)

Selbstzahler

ja

nein

Kriegsopferversorgung (KOV)

ja

nein

(Bitte KOV-Bescheid und Pflegekassenbescheid beifügen)

Beihilfeberechtigt

ja

nein

Investitionskostenförderung

ja

nein

Pflegewohngeld

ja

nein

Höhe der Renteneinkünfte (für Rentenüberleitung):

Rentenabtretung: ja nein

Sozialhilfeantrag notwendig : ja nein

Sozialhilfeantrag bereits gestellt ja, am: nein

(Nachweis beifügen)

Heimnotwendigkeit von dem Sozialhilfeträger bescheinigt: ja nein

Wenn nein → Heimnotwendigkeit beantragt: ja nein

Weitere Ansprechpartner:

Vertragsapotheker: _____

(Erklärung zur Vertragsapotheker ausfüllen)

Infomaterial erhalten am: _____

Erstgespräch geführt am: _____

, den

(Unterschrift des Bewohner, Bevollmächtigter, Betreuer)

¹Zu Ihrer Information: Wir bieten zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß §43b SGB XI an. Wenn Sie diese Leistungen in Anspruch nehmen wollen, stellen Sie bitte einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse.

Verweis

Anhang: Checkliste Einzug