

# Anmeldeformular Kurzzeitpflege

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Name /<br>Geburtsname                           |   |  |   |
| Vorname (Rufname<br>unterstreichen)             |   |  |   |
| Wohnort<br>(mit Hauptwohnsitz<br>gemeldet)      | PLZ<br>Wohnort  |  |   |
|   | Adresse   |  |   |
|   | Tel.  |  |   |
| Falls aktueller<br>Aufenthalt im<br>Krankenhaus | Name und<br>Anschrift                                     |  |   |
|   | Aufnahmegrund   |  |   |
| Geburtsdatum                                    |   | Geburtsort                                     |   |
| Staatsangehörigkeit                             |   | Konfession                                     |   |
| Familienstand                                   |   | Frühere Verbeamtung                            | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Angehörige (wie<br>verwandt)                    | Vor- und<br>Zuname  |  |   |
|   | Adresse   |  |   |
|   | Tel. /<br>mobil   |  |   |
| Angehörige (wie<br>verwandt)                    | Vor- und<br>Zuname  |  |   |
|   | Adresse   |  |   |
|   | Tel. /<br>mobil   |  |   |
| Rechnungsempfänger                              |   |  |   |
| Betreuung/Vollmacht<br>(bitte Kopie einreichen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Patientenverfügung<br>(bitte Kopie einreichen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Bestattungsvorsorge                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Zuzahlungsbefreit<br>(bitte Kopie einreichen)  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Name des Hausarztes                             |   |  |   |

|   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| Krankenkasse und KV-Nummer  |   |                                       |   |
| Besteht eine Schwerbehinderung? (bitte Kopie einreichen)  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   | Besteht eine Demenz?                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Besteht eine Weglauf-/Hinlauftendenz?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   | Aufnahme auf beschütztem Wohnbereich? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Ist eine Covid-Impfung bereits erfolgt?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |                                       |   |
| Besteht eine Suchterkrankung? (Rauchen, Alkohol, etc.)  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:  |                                       |   |
| Kostenträger: Der Eigenanteil der Kurzzeitpflegekosten wird aufgebracht durch ...   | <input type="checkbox"/> das monatliche Einkommen oder Vermögen<br><input type="checkbox"/> Zahlungen des Sozialamts  |                                       |   |
| Inkontinenzmaterial ...   | <input type="checkbox"/> wird in ausreichender Menge mitgebracht<br><input type="checkbox"/> soll gegen eine Pauschalgebühr in Höhe von 1,20 €/Tag vom Haus Jacobus zur Verfügung gestellt werden |                                       |   |
| Eine Einstufung durch den MDK hat ...   | <input type="checkbox"/> stattgefunden<br><input type="checkbox"/> nicht stattgefunden  |                                       |   |
| Pflegegrad (Anspruch auf Kurzzeit- oder Verhinderungspflege ab PG 2)  | <input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5   |                                       |   |
| E-Mail-Verteiler: Damit Informationen schneller und einfacher an mich herangetragen werden können, bitte ich um die Aufnahme in den Verteiler unter folgender E-Mail-Adresse: |   |                                       |   |

### Wichtige Hinweise

- ✓ Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen ist **vor der Heimaufnahme** einzureichen!
- ✓ Die Krankenkassenkarte ist auf dem Wohnbereich zu hinterlegen.
- ✓ Die Wäsche wird vom Haus Jacobus kostenpflichtig gekennzeichnet und kostenfrei gewaschen.
- ✓ Alle Heilmittelerbringer können vom Bewohner frei gewählt werden.
- ✓ Die Aufnahme erfolgt ausschließlich im Doppelzimmer.

### Bitte beachten:

Bei Übergang in die Dauerpflege muss der Bewohner umgemeldet werden. Bitte teilen Sie uns dann mit, ob das Haus Jacobus Haupt- oder Nebenwohnsitz sein soll. Es werden dann drei Essschürzen kostenpflichtig bestellt und dem Taschengeldkonto belastet. Die Inkontinenzversorgung in der Dauerpflege wird **ausschließlich** vom Haus Jacobus übernommen!

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_