

Anmeldeformular Kurzzeitpflege

Name / Geburtsname			
Vorname (Rufname unterstreichen)			
Wohnort (mit Hauptwohnsitz gemeldet)	PLZ Wohnort		
	Adresse		
	Tel.		
Falls aktueller Aufenthalt im Krankenhaus	Name und Anschrift		
	Aufnahmegrund		
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit		Konfession	
Familienstand		Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Angehörige (wie verwandt)	Vor- und Zuname		
	Adresse		
	Tel. / mobil		
Angehörige (wie verwandt)	Vor- und Zuname		
	Adresse		
	Tel. / mobil		
Rechnungsempfänger			
Betreuung/Vollmacht (bitte Kopie einreichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Patientenverfügung (bitte Kopie einreichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Zuzahlungsbefreit (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 <input type="checkbox"/> Zahlungen des Sozialamts		
Eine Einstufung durch den MDK hat ...	<input type="checkbox"/> stattgefunden <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 zusammen mit dem Impfpass im Original bei Heimaufnahme abzugeben.
- ✓ Die Wäsche wird vom Haus Jacobus kostenpflichtig gekennzeichnet und kostenfrei gewaschen.
- ✓ Das Inkontinenzmaterial wird von uns gegen eine Pauschalgebühr von 1,50 €/Tag zur Verfügung gestellt
- ✓ Alle Heilmittelerbringer können vom Bewohner frei gewählt werden.
- ✓ Die Aufnahme erfolgt ausschließlich im Doppelzimmer.
- ✓ Laut Personenstandsgesetz sind wir verpflichtet folgende Unterlagen zur Beurkundung vorzuhalten:
Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, Sterbeurkunde des Ehepartners. Bitte Kopie einreichen.

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! Es wird dringend empfohlen eine Bestattungsvorsorge abzuschließen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____