

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		Bewohnernummer (wird vom Heim ausgefllt)	
Angehörige (wie verwandt)	Vor- und Zuname		
	Adresse		
	Tel. / mobil		
Angehörige (wie verwandt)	Vor- und Zuname		
	Adresse		
	Tel. / mobil		
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			
Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe		
Rechnungsempfänger		Besteht eine Demenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Weglauf-/Hinlaufftendenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aufnahme auf beschütztem Wohnbereich?	<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		
KZP/VP im laufenden Jahr bereits in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, verbrauchter Betrag:		
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 2 €/Tag zur Verfügung gestellt
- ✓ Alle Heilmittelerbringer können vom Bewohner frei gewählt werden.

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 sowie eine private Haftpflichtversicherung mit einer Deliktunfähigkeitsklausel abzuschließen. Laut Personenstandsgesetz sind wir in der Dauerpflege verpflichtet folgende Unterlagen zur Beurkundung vorzuhalten: Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, Sterbeurkunde des Ehepartners. Bitte Kopie einreichen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____