

Theodor-Fliedner-Heim

- 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:

Ansprechpartner (wenn abweichend vom Klienten)

Name, Vorname:

Anschrift/Tel.:

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

Bankverbindung:

Kontoinhaber:	
Bankinstitut:	
Konto – Nr.:	Bankleitzahl:
IBAN:	
DE__ _____ _____	
Prüfwert	Bankleitzahl
	Kontonummer
IBAN steht für International Bank Account Number. Sie ist eine standardisierte internationale Bankkontonummer	
BIC:	
BIC steht für Bank Identifier Code und ist der international standardisierte Bank-Code, vergleichbar mit der Bankleitzahl in Deutschland. Die BIC Nummer steht i.d.R. auf den Kontoauszügen.	

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

Liegt eine Vollmacht vor: ja nein
(Vollmacht in Kopie beifügen)

Vollmachtsinhaber: _____

Liegt eine Patientenverfügung vor: ja nein
(Patientenverfügung in Kopie beifügen)

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor: ja nein
Aktenzeichen: _____

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

Einwilligungsvorbehalt: ja nein

Name und Anschrift des Betreuers: _____

Hinlauftendenz ja nein
Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig: ja nein
(Bitte Kopie des Beschlusses beifügen)

Erhalten Sie zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45a SGB XI (Menschen mit demenzbedingten Funktionsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen)? ja nein

Rezeptgebühr befreit: ja nein
Fahrtkosten befreit: ja nein
(Bescheinigung in Kopie beifügen)

Hausarzt/Konsiliararzt (Adresse, Telefon):

Krankenkasse/Pflegekasse,
Ort: _____
Krankenversicherungsnummer: _____

Kriegsopferversorgung (KOV) ja nein
(Bitte KOV-Bescheid und Pflegekassenbescheid beifügen)

Beihilfeberechtigt ja nein
Heimnotwendigkeit von dem Sozialhilfeträger bescheinigt: ja nein
wenn nein -Heimnotwendigkeit beantragt: ja nein

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

(Pflegekassenbescheid beifügen)

Höherstufung beantragt ja nein

§ 43b Leistungen gewünscht ¹ ja nein

Antrag Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege gestellt ja nein

In Anspruch genommene Kurzzeitpflege (lfd. Jahr) ja nein

Restbetrag lfd. Jahr: _____

Anzahl Rest Tage lfd. Jahr: _____

(Unterlagen in Einrichtung vorhanden und eingescannt)

In Anspruch genommene Verhinderungspflege (lfd. Jahr) ja nein

Restbetrag lfd. Jahr: _____

Anzahl Rest Tage lfd. Jahr: _____

(Unterlagen in Einrichtung vorhanden und eingescannt)

Selbstzahler ja nein

Rentenversicherungsträger: _____

Höhe der Renteneinkünfte (für
Rentenüberleitung): _____

Sozialhilfeantrag notwendig : ja nein

Sozialhilfeantrag bereits gestellt ja,
am: _____ nein

(Nachweis beifügen)

Ansprechpartner:

Dortmund,
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.