

FB Antrag auf Aufnahme Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege Marien Campus
Grunewaldstraße 88
47053 Duisburg
0203 / 41842 - 801

Vor- und Zuname

Adresse

Derzeitiger Aufenthalt

Geburtsdatum **Geburtsort**

Geburtsname

Familienstand **Konfession** **Staatsangehörigkeit**

Angehörige a) **Name**

Straße/PLZ/Ort

wie verwandt **Telefon:**

E-Mail **Fax:**

b) **Name**

Straße/PLZ/Ort

wie verwandt **Telefon:**

E-Mail **Fax:**

Vollmachtinhaber **Name**

Betreuer **Name**

(nach Betreuungsrecht) **Straße/PLZ/Ort**

Telefon:

E-Mail **Fax:**

Wirkungskreis der Betreuung

Hausarzt **Name**

Straße/PLZ/Ort

Telefon **Fax:**

E-Mail

Krankenkasse/Pflegekasse:.....

Versicherungsnummer:..... Befreit? Ja nein

Pflegegrad PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

gewünschter Aufnahmezeitraum von : bis

in einem EZ (Einzelzimmer) DZ (Doppelzimmer)

Rechnungsempfänger Name

Straße/PLZ/Ort

E-Mail

Finanzierung

Kurzzeitpflege wurde dieses Jahr bereits in Anspruch genommen? nein ja, es stehen noch
_____ Euro zur Verfügung

Anschlussbetreuung erfolgt?

Pflegeeinrichtung, zu Hause
 mit amb. Pflegedienst, Reha
 Hospiz

Kostenübernahmebescheinigung der Pflegekasse ist vorhanden ja nein; ist beantragt

Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI sind bewilligt? ja nein;

Unterstützung durch Sozialamt wird bereits in Anspruch genommen ja nein;

Unterstützung durch Sozialamt für die KZP ist für den Eigenanteil
(Unterkunft und Verpflegung) notwendig? ja nein; ist beantragt

Kriegsopferfürsorge ja nein;

Hinweis zur Kriegsopferfürsorge: Als Nachweis muss ein
Rentenbescheid des Versorgungsamtes vorliegen. liegt bei wird nachgereicht

Beihilfeberechtigung ja nein

Grund für die Aufnahme / Zielsetzung nach Kurzzeitpflege?

Liegen Impfnachweise vor? ja nein

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Hinweis:

Ein Eigenanteil (i.d.R. Unterkunft und Verpflegung) ist immer durch den Nutzer zu zahlen.

Sollte am Entlassungstag die Kostenbescheinigung der Pflegekasse nicht schriftlich vorliegen, wird dem Vertragspartner der Gesamtbetrag in Rechnung gestellt.

Medikamente sind in der Originalverpackung, mit Name beschriftet, von Zuhause mitzubringen. Sollten diese nicht in der Originalverpackung mitgebracht werden, kann die Behandlungspflege nicht durchgeführt werden.

Datum, Ort

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden