

Mitgeltende Unterlage

Kapitel G 1.12 Anmeldung als Kurzzeitpflegegast

Anmeldung als Kurzzeitpflegegast

Name des Pflegegastes: _____ Vorname: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Geb.-Name: _____ Geb.-Datum: _____
 Geb.-Ort: _____
 Telefon : _____ Pflegestufe: _____
 Fam.-Stand: _____ Konfession: _____
 Hausarzt: _____ Telefon : _____
 Kirche/Pfarrer.: _____ Telefon : _____

Aufenthalt erwünscht vom: _____ **(10:30 Uhr) bis** _____ **(9:30 Uhr)**

Kostenträger: _____ Versicherungs-Nr. _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Besteht Anspruch auf Beihilfe? ja nein Wenn ja, mit wie viel Prozent? _____

 Angehörige: (siehe auch § 13 des Kurzzeitpflegevertrages)
 1. Name: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____
 Straße: _____ Tel: _____
 PLZ/Ort: _____
 2. Name: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____
 Straße: _____ Tel: _____
 PLZ/Ort: _____

Ich bin Mitglied im Förderverein Frielendorfer Altenhilfe e.V. ja nein Wenn ja seit wann ? _____

Als Mitglied des Fördervereins erhalten Sie (nach 2jähriger Mitgliedschaft) einen Nachlass auf die Kosten für Unterkunft und Verpflegung

Mitgeltende Unterlage**Kapitel G 1.12 Anmeldung als Kurzzeitpflegegast**

Ist die Rückgabe der Tuberkulosebescheinigung (vom Hausarzt des Kurzzeitpflegegastes auszufüllen) in der Verwaltung erfolgt? ja nein

Besteht zur Zeit der Anmeldung des Gastes eine gesetzliche Betreuung?

ja nein

Wenn ja, ist der Beschluss der gesetzlichen Betreuung in Kopie in der Verwaltung abzugeben.

Sind zum Zeitpunkt der Anmeldung des Gastes Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig?

ja nein

Wenn ja, ist der Beschluss der Freiheitsentziehenden Maßnahmen in Kopie in der Verwaltung abzugeben.

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?

ja nein

Wenn ja, ist bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises in der Verwaltung abzugeben.

Besteht ein erhöhter Betreuungsbedarf, zum Beispiel für Gäste mit dementiellen Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja, ist der Bescheid des Kostenträgers in Kopie beizulegen.

Wünschen Sie, dass die Einrichtung einen Antrag auf zusätzliche Betreuung nach § 87 b beim Kostenträger stellt? ja nein

Hiermit melde ich mich verbindlich für den o.g. Zeitraum zu einem Kurzzeitpflegeaufenthalt im Diakonie-Zentrum Frielendorf an. Ich habe den Kurzzeitpflegevertrag in der Fassung vom 01.10.2008 erhalten, zur Kenntnis genommen und erkenne diesen an.

Die wichtigsten Diagnosen und ein aktueller Medikamentenplan (beides vom Hausarzt zu erstellen) sind bei Einzug/Aufnahme als Kurzzeitpflegegast mitzubringen.

Mir ist bekannt, dass ich für die von der Pflegekasse nicht getragenen Kosten aufkommen muss. Der Kurzzeitpflegevertrag wird mit dem Bestätigungsschreiben des Diakonie-Zentrums für Einrichtung und Pflegegast verbindlich.

Ich wurde darüber informiert, dass meine persönliche Wäsche mit Vor- und Zunamen waschfest gekennzeichnet sein muss, für ungekennzeichnete Wäschestücke wird seitens des Diakonie-Zentrums keine Haftung übernommen.

Bearbeiter: Quanz	Datum: 06.07.2010	Freigabe: GF	Version: 9	Dateiname: Kap G 1 12 MU Anmelde Kurzzeitpflegegast Vers 9	Seite 2 von 3 © DZF
----------------------	----------------------	-----------------	---------------	---	------------------------

Mitgeltende Unterlage



Kapitel G 1.12 Anmeldung als Kurzzeitpflegegast

Ort, Datum:

Unterschrift des Pflegegastes / ggf. Unterschrift Vertreter

Verteiler: C, D, E, F, G1, G2

Bestätigung:

die obige Anmeldung von Frau/Herrn _____ in Zi.-Nr. _____

in der Zeit vom _____ (10:30 Uhr) bis _____ (9:30 Uhr)

wird hiermit bestätigt und der Kurzzeitpflegevertrag in der Fassung vom 01.10.2008 verbindlich.

Frielendorf, den : _____

Wieland, Geschäftsführer