

FB Antrag auf Aufnahme Kurzzeitpflege

DRK-Seniorencentrum Brüggen-Bracht Haus Franziskus

Brüggener Straße 49

41379 Brüggen

Telefon: 02157 - 149 0

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