

## Franziskus Kurzzeitpflege – Anmeldeformular

Seite 01

### ■ Persönliche Daten

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
 Anschrift vor Einzug: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Fon: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

### ■ Rechnungsempfänger

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### ■ Angehörige:

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Fon, privat: \_\_\_\_\_ Fon, Büro: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad/Beziehung: \_\_\_\_\_

### ■ Betreuer:in lt. Betreuungsrecht

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Fon, Büro: \_\_\_\_\_  
 Fon, privat: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?  Ja  Nein      Liegt eine Patientenverfügung vor?  Ja  Nein

### ■ Krankenkasse

Name: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Fon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

## Franziskus Kurzzeitpflege – Anmeldeformular

Seite 02

### Hausarzt:ärztin

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Fon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### Wichtige Informationen und Hinweise

Einzureichende Unterlagen zum Vertragsbeginn:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ärztliche Fragebogen                                  | <input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde                                  |
| <input type="checkbox"/> aktueller Medikationsplan ausgestellt vom Arzt:Ärztin | <input type="checkbox"/> Personalausweis                                    |
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht                                     | <input type="checkbox"/> Krankenkassenkarte                                 |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung Pflegegrad                              | <input type="checkbox"/> Kostenübernahmeerklärung<br>der Pflegeversicherung |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung                                    |   |

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist eine Reservierung bei KH-Aufenthalt gewünscht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist ein Friseurbesuch gewünscht?                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Soll die Wäsche gewaschen werden?                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Liegt eine Inkontinenz vor?                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Besonderheiten (z.B. Essen, Trinken, Mobilisation, Schlaf, Verhaltensauffälligkeiten):

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Die Anmeldung ist für den Zeitraum: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ für das Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

mit Wunsch auf Übergang in die:  Verhinderungspfleg  in die vollstationäre Pflege

Einzug erfolgt durch: \_\_\_\_\_ Auszug erfolgt durch: \_\_\_\_\_

Impfstatus (mit Datumsangabe): \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

**ABSENDEN** ▶