

Eingangsvermerk der Einrichtung

Anmeldung zur: stationären Pflege Kurzzeitpflege

Pflegekassenbescheid über aktuellen Pflegegrad

Anspruchsberechtigung der Pflegekasse bei KZP vorhanden

| | | | |
|---|---|------------|--|
| Persönliche Angaben | Name u. Vorname | | Geborene/r |
| | Str./PLZ/Ort | | Tel.: |
| | Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, Altenheim) | | |
| | Str./PLZ/Ort | | Tel.: |
| | Geburtsdatum | Geburtsort | zuletzt ausgeübter Beruf |
| | Familienstand | Konfession | Staatsangehörigkeit |
| Angehörige/ Betreuung | Name u. Vorname des Angehörigen | | Wie verwandt? |
| | Str./PLZ/Ort | | Tel.: |
| | Name u. Vorname des Betreuenden | | Tel.: |
| | Str./PLZ/Ort | | |
| | Wirkungskreis der Betreuung | | |
| Hausarzt | Name u. Vorname | | |
| | Str./PLZ/Ort | | Tel.: |
| Krankenkasse (zuständige Geschäftsstelle) | | | Schwerbehindertenausweis ja nein |
| | Pflegegrad ja nein beantragt Falls ja, welcher Grad? | | Impfausweis ja nein |
| Gewünschte Unterbringung | Einzelzimmer Doppelzimmer | | Termin zur Aufnahme |
| Kostenträger | Muss Sozialhilfe beantragt werden? ja nein (Schonbeträge: 5000€ Alleinstehende, 10000€ Ehepaare) | | |
| Zuzahlung | Sind Sie von Zuzahlungen befreit? ja nein | | |

Die Unterschrift erfolgt beim Beratungsgespräch in der Einrichtung.

| | | |
|-------|---|-------------------------|
| Ort | Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters | Stempel der Einrichtung |
| Datum | | |