

Seniorenhaus
Hermann-Josef-Lascheid



Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria

Asselbachstraße 14 • 53842 Troisdorf
Tel 02241-9507-0 • Fax 02241-9507-37

Anmeldung zur Kurzzeitpflege von _____ bis _____

1. Personendaten des Kurzzeitpflegegastes

Name	Geburtsname		
Vorname	Titel		
Straße Hausnummer		Telefon Nr.	
PLZ Wohnort			
geboren am		in	
Familienstand		Konfession	
Kinder Anzahl		Staatsangehörigkeit	

Rechnung an den Bewohner? Ja Nein Wenn Nein, Rechnung an:

Rechnungsempfänger **Betreuer/ Bevollmächtigter** (Urkunde als Kopie beifügen)

Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Mobil	E-mail
Telefon Nr.	Fax Nr

2. Krankenkasse/Pflegekasse

Pflegekasse	Mitgliedsnummer	Tel.Nr:		
<input type="radio"/> Mitglied	<input type="radio"/> Familienversichert	<input type="radio"/> Rentner	<input type="radio"/> Privatversichert	<input type="radio"/> Selbstzahler
Pflegegrad <input type="radio"/> Grad 1	<input type="radio"/> Grad 2	<input type="radio"/> Grad 3	<input type="radio"/> Grad 4	<input type="radio"/> Grad 5
Ist der Antrag auf Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege gestellt?				
<input type="radio"/> ja (Kopie bitte beifügen) <input type="radio"/> nein				
Wurde im Kalenderjahr bereits Kurzzeit-/oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja Restanspruch	Tage/€		

Ich bin von Zuzahlungen befreit nein ja, seit

Ich bin beihilfeberechtigt nein ja, zu %

Vermerk der Kurzzeitpflege Einzug am _____ Zimmer _____
Bettengeld ab _____ Bemerkung: _____

3. Kostenträger

Zutreffendes bitte ankreuzen: Die nicht durch die Pflegekasse gedeckten Kosten werden
aufgebracht durch: Zuzahlung aus Barvermögen ergänzende Sozialhilfe
Antrag auf Kostenübernahme der nicht gedeckten Kosten wurde beim Sozialamt gestellt? Ja Nein

4. Angehörige und Ansprechpartner während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax _____

E-mail _____

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax _____

E-mail _____

5. Hausarzt

Name _____

Telefon Nr. _____

Telefon Nr. _____

Fax _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Wird der Arzt bei Bedarf einen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege machen? Ja Nein

6. Facharzt

Name _____

Fachrichtung _____

Telefon Nr. _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Wird der Arzt bei Bedarf einen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege machen? Ja Nein

Der ärztliche Fragebogen liegt der KZP bereits vor Ja Liegt bei

Ort, Datum _____

Unterschrift des Pflegebedürftigen/seines gesetzlichen Vertreters _____

Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) schriftlich ausgehändigt wurden.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.