



**3.2.3KZP/VW Anmeldeformular-Kurzzeitpflege AHKS**

**Anmeldeformular zur Kurzzeitpflege AHKS**

**Zeitraum Kurzzeitpflege:** vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Zeitraum Verhinderungspflege:** vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person:**

Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Konfession.: \_\_\_\_\_

Fam.-Stand: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_, Anschrift: \_\_\_\_\_

**Angaben zum:**  **Ehepartner**  **Angehörige**  **Lebenspartner**  **Sonstige**

Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_, Eigenschaft als: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung vorhanden:**  **JA**  **NEIN**  **unbekannt**

Wenn ja, bitte Kopie einreichen!

**Angaben zum/zur Betreuer/in oder Vorsorgebevollmächtigter**

**amtl. Betreuer für:**

**Vorsorgebevollmächtigter für:**

**Gesundheit**  **Finanzen**  **Aufenthaltsbestimmung**  **Vorsorgevollmacht**

Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_, **Email:** \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_, Anschrift: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Hausarzt:** sollte während der Kurzzeitpflege die Versorgung übernehmen (Hausbesuche nicht zwingend erforderlich)

Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_, Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

KoVerw	Bearbeiter	Änderungsst.	Datum	Seite
	HL/PDL/VW	0/7	12.1.2018	3.2.3 -1
genehmigt	BL/HL			von 2

**Gesundheitsfragen:**

Therapieunterstützende Sauerstoffgabe erforderlich  Ja  Nein

**Verordnete Menge:** \_\_\_\_\_

Infektionen ?  Ja  Nein

(wenn ja – welche): \_\_\_\_\_

Immobil? (bettlägerig?)  Ja  Nein

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich?  Ja  Nein  
*Hierzu zählt auch das „Hochstellen“ des Bettgitters, wenn es sich nicht um einen Fallschutz handelt muss uns vom Amtsgericht der Beschluss vorliegen!*

**Erhöhter Betreuungsaufwand (Demenz) nach §87b / §45a**  Ja  Nein  nicht bekannt

**Administrative Fragen:**

**Wurde ein Antrag auf KZP für den o. g. Zeitraum gestellt?**  Ja  Nein  nicht bekannt

> Zu stellen bei der Pflegekasse

> Wer hat den Antrag gestellt?

**Wurde in diesem Jahr bereits Kurzzeit-/Verhinderungspflege in Anspruch genommen?**

Ja  Nein  nicht bekannt

**Kostenträger für den Eigenanteil (Unterkunft & Verpflegung)**

Selbstzahler für den Eigenanteil  Sozialamt  Beihilfeberechtigt (z.B. Beamte)

Heimnotwendigkeit:  liegt vor  liegt nicht vor  nicht bekannt

**Ist eine Haftpflichtversicherung vorhanden ?**  Ja  Nein

**Aufnahme durch:**  Krankenhaus  Privat/Wohnung

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Antragsstellers :** \_\_\_\_\_

KoVerw	Bearbeiter	Änderungsst.	Datum	Seite
	HL/PDL/VW	0/7	12.1.2018	3.2.3 -1
genehmigt	BL/HL			von 2