



## ANTRAG ZUR AUFNAHME/ VERBINDLICHE ANMELDUNG

Erstkontakt am: \_\_\_\_\_  Beratungstermin vereinbart am: \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege  Verhinderungspflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V)  beantragt

Vollstationäre Pflege ab \_\_\_\_\_  nach der Kurzzeitpflege

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_  Medi-Rezept für 3 Tage

EZ- Nr.: \_\_\_\_\_  DZ- Nr.: \_\_\_\_\_

Immunisierung SARS-Covid:

ja  nein

Wenn ja bitte Nachweis beilegen

Ärztlicher Fragebogen liegt vor:

ja  nein

Tagespflege, ab \_\_\_\_\_  Mo  Di  Mi  Do  Fr Zeit: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Fahrdienst  ja /  nein

### BEWOHNERDATEN

Name, Vorname	Geburtsdatum	Konfession	Nationalität
Geburtsname	Geburtsort		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon		
Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rehaklinik <input type="checkbox"/> sonstiges:		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> sonstiges:		
Aktueller Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> beantragt		
<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Höhergradierung beantragt		

### WICHTIGE ANGEHÖRIGE

Name, Vorname,	Beziehungsgrad	<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Rechnungs-empfänger
Adresse, Telefon, Mailadresse		<input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Benachrichtigung im Sterbefall <input type="checkbox"/> Benachrichtigung nachts <input type="checkbox"/> Bevorzugt benachrichtigen <input type="checkbox"/> Betreuer für Korrespondenz
Name, Vorname,	Beziehungsgrad	<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Rechnungs-empfänger
Adresse, Telefon, Mailadresse		<input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Benachrichtigung im Sterbefall <input type="checkbox"/> Benachrichtigung nachts <input type="checkbox"/> Bevorzugt benachrichtigen <input type="checkbox"/> Betreuer für Korrespondenz

### KOSTENTRÄGER / FINANZIERUNG DER HEIMKOSTEN

Krankenkasse / Pflegekasse / Versicherungsnummer	Beihilfe: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Beihilfestelle:
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <b>Die Kosten können vollständig getragen werden</b>		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe ist <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> genehmigt bei: _____ <b>Die Kosten können <u>nicht</u> vollständig getragen werden</b>		

### HAUSARZT - BISHERIGER HAUSARZT (NAME, ANSCHRIFT, TELEFON)

Betreut sie Ihr Hausarzt weiter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wird geklärt	<input type="checkbox"/> Neuer Hausarzt der Einrichtung:	Zuzahlungsbefreiungen Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--	--

### VERBINDLICHE AUFNAHME - MIT DER UNTERSCHRIFT KOMMT DER VERTRAG ZUSTANDE

Die Information gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG) wurde ausgehändigt.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## Checkliste für Angehörige und Betreuer

Die folgenden Informationen / Unterlagen benötigen wir bei Aufnahme in die Einrichtung

<b>BEI KURZZEITPFLEGE UND VOLLSTATIONÄRER AUFNAHME:</b>	KZP ohne PG	KZP mit PG	stationär
Ärztlichen Fragebogen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenversicherungskarte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Befreiungsausweis der Krankenkasse - Medikamentenzuzahlung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei Hausarztwechsel - Arztbrief für neuen Hausarzt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Namen von bisherigen Fachärzten – wenn diese Sie weiter betreuen			<input checked="" type="checkbox"/>
Impf- und Allergiepass, Ausweise für Marcumar, Schrittmacher, o. ä.			<input checked="" type="checkbox"/>
Immunsierungsstatus Corona (Nachweis einer Impfung und / oder Nachweis einer überstandenen Infektion)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zuhause verordnete/verwendete Inkontinenzartikel oder Rezept mitbringen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bescheid bzw. Antrag Pflegegrad – insbesondere bei Privatversicherten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bescheid bzw. Antrag Sozialhilfe / Rentenbescheid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kopie des Personalausweises			<input checked="" type="checkbox"/>
Ausgefüllter Fragebogen zu Gewohnheiten – insbesondere bei Demenz			<input checked="" type="checkbox"/>
Kopie Betreuerausweis, Generalvollmacht, Patientenverfügung o.ä.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kopie einer bestehenden Bestattungsvorsorge			<input checked="" type="checkbox"/>
Bankeinzug	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Verwahrgeld (sinnvolle Höhe)			<input checked="" type="checkbox"/>
<del>Kleidung zur Kennzeichnung möglichst frühzeitig in der Verwaltung abgeben</del>			<input checked="" type="checkbox"/>
<b>ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN:</b>	KZP ohne PG	KZP mit PG	stationär
Abmeldung der GEZ (Anträge in der Verwaltung)			<input checked="" type="checkbox"/>
Ummeldung des Telefonanschlusses			<input checked="" type="checkbox"/>
Postverwaltung			<input checked="" type="checkbox"/>
Meldung an Krankenkasse bezüglich neuer Adresse			<input checked="" type="checkbox"/>

Bei Kurzzeitpflege Antrag bei der Pflegekasse nicht vergessen

<b>Der zuständige Sozialhilfeträger ist:</b>	
Bezirk Mittelfranken, Sozialverwaltung; Tel.: 0981 9504-0 Postfach 617 91511 Ansbach	
<b>Bei Fragen zur Sozialhilfe ist das Service Zentrum Nürnberg behilflich:</b>	
Service Zentrum Nürnberg (SZN) Wallensteinstr. 61-63 90431 Nürnberg	Tel.: 0911 / 600 66 98-0 Fax: 0911 / 600 66 98-99 SZN@bezirk-mittelfranken.de

## Informationen zur Kurzzeitpflege – für Kurzzeitpflegegäste / Angehörige

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihnen ist eine Kurzzeitpflege im geplant. Ein persönlicher Kontakt ist in der Regel erst bei der Aufnahme möglich. Deshalb möchten wir Ihnen schon jetzt einige Informationen zu den Dingen, die Sie benötigen und zu den Angeboten im Haus, zukommen lassen:

### Ausstattung der Zimmer

- Die Zimmer sind mit Dusche und WC ausgestattet und barrierefrei zugänglich.
- Auf Wunsch kann Ihnen gegen Pfand ein Schlüssel ausgehändigt werden.
- **Telefon:** Bitte nutzen Sie möglichst ein eigenes Mobiltelefon.
- Im Kleiderschrank im Zimmer ist ein kleines Wertfach eingebaut.

### Wäsche- / Toilettenartikel:

- Bitte bringen Sie ausreichend persönliche Kleidung (Tag- und Nachtwäsche) sowie Toilettenartikel mit
- Von uns erhalten Sie: Handtücher, Waschlappen und Bettwäsche.

### Speisenversorgung

- Es stehen zwei Menüs zur Auswahl.
- Bitte sprechen Sie uns bei besonderen Ernährungsgewohnheiten an
- Das Essen wird im Wohnbereich im Gemeinschaftsraum serviert.
- Zu den Mahlzeiten werden Getränke gereicht. Mineralwasser steht kostenfrei zur Verfügung. Im Erdgeschoß befindet sich ein Getränkeautomat

### Dienstleistungen

- Der Friseur ist wöchentlich an zwei Tagen im Haus.
- Fußpflege kommt regelmäßig ins Haus.
- Termine können Sie über die Verwaltung vereinbaren.

### Krankenhausaufenthalt

Sollte während der Kurzzeitpflege ein Krankenhausaufenthalt notwendig werden, endet der Kurzzeitpflegevertrag an diesem Tag.

Das Zimmer muss umgehend geräumt werden.

Eine Reservierung des Zimmers ist nicht möglich.

Für eine erneute Kurzzeitpflege bieten wir Ihnen gerne das nächste freie Zimmer an.

Eine "Abwesenheit" gibt es nur um vollstationären Vertrag.

Die Abwesenheit wird ab dem 6. Tag mit einem Abschlag von 25 % auf Unterkunft und Verpflegung verrechnet.

## Erforderliche Unterlagen der Klinik für die Heimaufnahme

### – Sozialdienst / Station

In einer Pflegeeinrichtung kommt der weiterbehandelnde Hausarzt in der Regel nicht direkt am Aufnahmetag in die Einrichtung. Notwendige Verordnungen und Rezepte liegen deshalb meist erst nach einigen Tagen vor.

Damit die Aufnahme- und Versorgungsprozesse bei der Überleitung in unsere Einrichtung reibungslos funktionieren bitten wir um die Bereitstellung der folgenden Materialien / Dokumente:

- Aktuelle **Medikamente** (für den Aufnahmetag bzw. bei Aufnahme am Freitag / vor Feiertagen bis einschließlich zum ersten nachfolgenden Werktag)
- Aktueller **Arztbrief**
- Aktuelle **Medikamentenverordnung**
- **Materialien zur Wundversorgung** für zumindest 1x Verbandswechsel + Erstverordnung (Verordnung durch den Hausarzt dauert in der Regel länger)
- **Rezepte:**
  - Für alle verordneten Medikamente – bei uns steht nicht sofort ein Arzt zur Verfügung
  - Ergo- / Physiotherapie falls erforderlich
  - Materialien zur Wundversorgung
  - Sauerstoffgerät + Materialien
  - Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator, etc.)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und die gute Zusammenarbeit.