



SENIOREN-RESIDENZ

Hufing, 54421 Reinsfeld, Telefon: 06503-9141-0, Fax.: 06503-9141-27
seniorenresidenz@haus-veronika.net www.haus-veronika.net

Anmeldung zur Kurzzeitpflege in die Seniorenresidenz Haus Veronika

Der Kurzzeitpflegeaufenthalt soll in der Zeit

vom _____ bis zum _____ erfolgen.

Es wird ein () Doppelzimmer () Einzelzimmer gewünscht für:

Name, Vorname _____ Geburtsname _____

Geb. am _____ in _____

Straße, Nr. PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Angehörige / Ansprechpartner während der Kurzzeitpflege

1. Name, Vorname _____

Straße, Nr. PLZ, Ort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail _____ Fax _____

2. Name, Vorname _____

Straße, Nr. PLZ, Ort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail _____ Fax _____

3. Name, Vorname _____

Straße, Nr. PLZ, Ort _____

Wie verwandt? _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail _____ Fax _____

Betreuung / Vollmacht

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? ja nein

Ist ein gesetzlicher Betreuer bestellt? ja nein ist/wird beantragt

Bereiche

Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge Wohnungsauflösung

Vermögenssorge Postkontrolle

Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Versicherungen

Freiheitsentziehende Maßnahmen was _____

Name, Vorname _____

Straße, Nr. PLZ, Ort _____

Telefon privat _____ dienstl. _____ Handy _____

E-Mail _____

Krankenkasse

Name, Anschrift _____

Mitgliedsnummer / Versichertennummer _____

Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung vor? ja von _____ bis _____ nein

Sind Sie beihilfeberechtigt ja nein

wenn ja, bei _____

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI / Einstufung des MDK

liegt vor für häusliche Pflege Pflegestufe 1 2 3 Härtefall

liegt vor für stationäre Pflege Pflegestufe 1 2 3 Härtefall

liegt nicht vor

ist/wird beantragt am _____

ist nicht beantragt

Wurde / wird bei der Pflegekasse ein Antrag für Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege gestellt?

ja, am _____ nein

Kostenträger

- Die Kosten des Kurzzeitpflegeaufenthaltes können durch eigenes Einkommen / Vermögen gezahlt werden und die Rechnungsanschrift ist wie folgt:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

Fax _____

E-Mail _____

- Die Kosten des Kurzzeitpflegeaufenthaltes können nicht oder nur teilweise aus eigenem Einkommen / Vermögen gezahlt werden.

Ein Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialhilfeträger wurde/wird gestellt.

(Antrag muss vor dem Aufnahmedatum gestellt werden)

am _____ durch _____

bei folgendem Sozialamt

Name / Anschrift _____

Sachbearbeiter _____

- Kostenübernahmeerklärung liegt bei

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Vertretungsberechtigter)