

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Die vollständige Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung des Antrags erforderlich!

Interne Bearbeitungsvermerke:

Antrag erhalten am: _____

Telefonische Antragstellung am: _____

Unterschrift Sachbearbeiter

1. Angaben zur aufzunehmenden Person

Vorname(n), Zuname (Rufname bitte unterstreichen)		ggf. Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		
Telefon	Geburtsdatum	Geburtsort (-kreis, -land)
Konfession	Familienstand	Staatsangehörigkeit

2. Derzeitiger Aufenthalt

Wohnung, siehe 1.

Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

3. Angehörige/ Vertrauenspersonen

a)

Vor-, Zuname		Verwandtschaftsgrad	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail

Ansprechpartner bei Nichterreichbarkeit von 3. a)

b)

Vor-, Zuname		Verwandtschaftsgrad	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail



4. Betreuer/ Vollmachtinhaber/ Patientenverfügung

Betreuung/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ist/wird angeregt am: _____ <input type="checkbox"/> Notwendigkeit unklar <input type="checkbox"/> besteht (Bitte KOPIE ☞ Vorsorgevollmacht, Beschluss, etc. beifügen)		ⓘ Betreuungsgericht <u>Besucheradresse</u> Amtsgericht Freiberg Chemnitzer Str. 40 09599 Freiberg Tel.: 03731/35890		<u>Postanschrift</u> Amtsgericht Freiberg Postfach 13 51 09583 Freiberg	
Patientenverfügung <input type="checkbox"/> vorhanden (Bitte KOPIE ☞ beifügen) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden		ⓘ Betreuungsbehörde Landratsamt Mittelsachsen Betreuungsbehörde Frauensteiner Str. 43, 09599 Freiberg Tel.: 03731/799 0			
<input type="checkbox"/> siehe 3. a)					
<input type="checkbox"/> siehe 3. b)	Vor-, Zuname				
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort					
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail		

5. Ärzte/ Apotheke

Name Hausarzt	Anschrift Hausarzt
Name Facharzt	Anschrift Facharzt
<p>ⓘ Die Einrichtung hat mit einer Apotheke eine Kooperation gemäß § 12a ApoG zur Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten, ggf. Körperpflegemitteln. Diesen Service können Sie mit Erteilung einer Einzugsermächtigung gegenüber der Apotheke nutzen.</p>	


6. Finanzierung

Name der Pflegekasse/Krankenkasse	Mitgliedsnummer
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ von _____	
Vorhandener Pflegegrad (Bitte KOPIE  Pflegegradbescheid beifügen)	
<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
Zuzahlungsbefreiung (ggf. bitte KOPIE  beifügen)	

Der Eigenanteil der Kurzzeitpflegekosten wird gedeckt durch:

aktuelle monatliche Einkommen:

<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Witwenrente <input type="checkbox"/> weitere Renten/ Pensionen <input type="checkbox"/> Zahlungen von unterhaltspflichtigen Personen <input type="checkbox"/> Barvermögen (Sparbuch, weitere Bankguthaben) <input type="checkbox"/> Blindenbeihilfe <input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Sonstiges (Kapitalerträge, Zins-/Mieteinnahmen, private Zusatzpflegeversicherung,...)				
Die Summe der regelmäßigen monatlichen Einkommen beträgt _____ Euro.				
Rechnungsempfänger ist:				
<input type="checkbox"/> siehe 1. _____ <input type="checkbox"/> siehe 3. a) Vor-, Zuname _____ <input type="checkbox"/> siehe 3. b) _____ Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort _____				
<table border="1"> <tr> <td>Telefon privat</td> <td>Telefon dienstlich</td> <td>Telefon mobil</td> <td>E-Mail</td> </tr> </table>	Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail	

- Eigenmittel reichen nicht aus, ggf. besteht Anspruch auf Sozialhilfe
- beim zuständigen Sozialamt in: _____
- Sozialhilfbescheid liegt als **KOPIE**  bei
 - Sozialhilfeantrag wurde gestellt am: _____
 - Sozialhilfeantrag wird unverzüglich gestellt

<p>① Personen <u>ab</u> 65. Lebensjahr (zuständig: das Sozialamt des Wohnsitzes mind. der letzten 2 Monate)</p> <p>Landratsamt Mittelsachsen Soziale Sicherung Frauensteiner Straße 43, 09599 Freiberg Tel.: 03731/799 6558 Fax: 03731/799 6688</p>	<p>① Personen <u>bis</u> 65. Lebensjahr</p> <p>Kommunaler Sozialverband Sachsen Reichsstraße 3 09112 Chemnitz Tel.: 0371/577 0 Fax: 0371/577 282</p>
---	--

Mit Unterzeichnung der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass mit der Aufnahme bei der Seniorenheime Freiberg gGmbH vorsorglich eine von mir unterzeichnete Information an den zuständigen Sozialhilfeträger mit Angabe der Kontaktdaten der/s Vorsorgebevollmächtigten bzw. Betreuers zur vorsorglichen Anzeige eventueller Leistungsansprüche übermittelt wird. Dies entbindet jedoch nicht von der persönlichen Antragstellung durch die pflegebedürftige Person bzw. deren gesetzliche Vertretung.

Zustimmung Ablehnung

7. Aufnahmedetails

Aufnahme gewünscht von: _____ bis: _____

① Das konkrete Zimmer richtet sich nach der Belegungssituation der Einrichtung.

Telefonanschluss gewünscht: ja nein

Nutzung Wertfach gewünscht: ja nein

8. Sonstiges

① Bett- und Frotteewäsche werden von der Einrichtung gestellt.

① Die Pflege der Privatwäsche (waschmaschinen- und trocknergeeignet) des Gastes wäre auch durch die Einrichtung möglich, so jedes Kleidungsstück zuvor (à 0,40 €) gekennzeichnet werden kann.


Waschen der Privatwäsche in der Häuslichkeit durch die Angehörigen

Waschen der Privatwäsche durch die Einrichtung gewünscht

① Zusätzlich gewünschte Getränke werden bargeldlos über die Nebenkostenabrechnung abgerechnet.

① Bei von Ihnen beauftragten und durch uns vermittelten externen Dienstleistungen wie z.B. Fußpflege, Friseur, u.a. sind Sie bei Inanspruchnahme mit der Übermittlung Ihrer persönlichen Daten zur Rechnungslegung durch den jeweiligen Dienstleister einverstanden.

Ärztlicher Fragebogen: liegt bei wird nachgereicht (bis spätestens _____ einen Tag vor KZP-Aufnahme) per Fax durch den Sozialdienst angefordert

① Bitte bringen Sie den Personalausweis bei Aufnahme zur Hinterlegung einer **KOPIE**  in unserer Verwaltung mit.

① Bitte bringen Sie die Krankenversicherungs-Chipkarte bei Aufnahme zur Hinterlegung im Wohnbereich mit.

Sollten Sie keine Möglichkeit haben, die geforderten Nachweise zu kopieren, können Sie auch gerne die Originale mitbringen und wir fertigen Kopien an.

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben sind vollständig und entsprechen den Tatsachen. Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet.



Seniorenheime Freiberg gGmbH

Chemnitzer Straße 64
09599 Freiberg

Telefon: 03731 794-794

Fax: 03731 794-619

sozialdienst@seniorenheime-freiberg.de
www.seniorenheime-freiberg.de

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ Bevollmächtigte/ Betreuer

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden