

Eingangsvermerk der Einrichtung

Anmeldung zur: stationären Pflege Kurzzeitpflege

Pflegekassenbescheid über aktuellen Pflegegrad

Anspruchsberechtigung der Pflegekasse bei KZP vorhanden

Persönliche Angaben	Name u. Vorname		Geborene/r
	Str./PLZ/Ort		Tel.:
	Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, Altenheim)		
	Str./PLZ/Ort		Tel.:
	Geburtsdatum	Geburtsort	zuletzt ausgeübter Beruf
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
Angehörige/ Betreuung	Name u. Vorname des Angehörigen		Wie verwandt?
	Str./PLZ/Ort		Tel.:
	Name u. Vorname des Betreuenden		Tel.:
	Str./PLZ/Ort		
	Wirkungskreis der Betreuung		
Hausarzt	Name u. Vorname		
	Str./PLZ/Ort		Tel.:
Krankenkasse (zuständige Geschäftsstelle)			Schwerbehindertenausweis ja nein
	Pflegegrad ja nein beantragt Falls ja, welcher Grad?		Impfausweis ja nein
Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer Doppelzimmer		Termin zur Aufnahme
Kostenträger	Muss Sozialhilfe beantragt werden? ja nein (Schonbeträge: 5000€ Alleinstehende, 10000€ Ehepaare)		
Zuzahlung	Sind Sie von Zuzahlungen befreit? ja nein		

Stand: 01/2022

Die Unterschrift erfolgt beim Beratungsgespräch in der Einrichtung.

Ort	Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters	Stempel der Einrichtung
Datum		