

Kölnstraße 62 • 52351 Düren Tel 02421-3064-0  
 Fax 02421-3064-190

**Anmeldung zur Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_**

**1. Personendaten des Kurzzeitpflegegastes**

Name	Geburtsname
Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Telefon Nr.
PLZ Wohnort	
geboren am	in
Familienstand	Konfession
Kinder Anzahl	Staatsangehörigkeit

Rechnung an den Bewohner?  Ja  Nein Wenn Nein, Rechnung an:

Rechnungsempfänger  Betreuer/ Bevollmächtigter (Urkunde als Kopie beifügen)

Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Telefon Mobil	E-mail
Telefon Nr.	Fax Nr

**2. Krankenkasse/Pflegekasse**

Pflegekasse	Mitgliedsnummer	Tel.Nr:
<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversichert	<input type="checkbox"/> Rentner
<input type="checkbox"/> Privatversichert	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
Pflegegrad <input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3
<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 5	
<b>Ist der Antrag auf Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege gestellt?</b>		
<input type="checkbox"/> ja (Kopie bitte beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
Wurde im Kalenderjahr bereits Kurzzeit-/oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Restanspruch	Tage/€

Ich bin von Zuzahlungen befreit  nein  ja, seit .....

Ich bin beihilfeberechtigt  nein  ja, zu ..... %

<b>Vermerk der Kurzzeitpflege</b> Einzug am _____	Zimmer _____
Bettengeld ab _____	Bemerkung:

### 3. Kostenträger

Zutreffendes bitte ankreuzen: Die nicht durch die Pflegekasse gedeckten Kosten werden  
aufgebracht durch:  Zuzahlung aus Barvermögen  ergänzende Sozialhilfe  
Antrag auf Kostenübernahme der nicht gedeckten Kosten wurde beim Sozialamt gestellt?  Ja  Nein

### 4. Angehörige und Ansprechpartner während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes

Bezug zum Pflegebedürftigen \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Nr. privat \_\_\_\_\_

Telefon Nr. mobil \_\_\_\_\_

Telefon Nr. dienstlich \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Bezug zum Pflegebedürftigen \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Nr. privat \_\_\_\_\_

Telefon Nr. mobil \_\_\_\_\_

Telefon Nr. dienstlich \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### 5. Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Telefon Nr. \_\_\_\_\_

Telefon Nr. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Wird der Arzt bei Bedarf einen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege machen?  Ja  Nein

### 6. Facharzt

Name \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Telefon Nr. \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Wird der Arzt bei Bedarf einen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege machen?  Ja  Nein

Der ärztliche Fragebogen liegt der KZP bereits vor  Ja  Liegt bei

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Pflegebedürftigen/seines gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) schriftlich ausgehändigt wurden.

**Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.**