



## Anmeldung zur Kurzzeitpflege

### Angaben zur Person

Vor- und Nachname

Geburtsname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Derzeitiger Aufenthaltsort, z.B. Krankenhaus (Name, Adresse, Telefon)

### Angehörige oder Bezugspersonen

1. Vor- und Nachname

Telefon, E-Mail

Adresse

wie verwandt/bekannt

2. Vor- und Nachname

Telefon, E-Mail

Adresse

wie verwandt/bekannt

3. Vor- und Nachname

Telefon, E-Mail

Adresse

wie verwandt/bekannt

### Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

Vor- und Nachname

Telefon, E-Mail, Fax

Adresse

Wirkungskreis

Stempel der Einrichtung



---

### Kranken-/Pflegekasse & Hausarzt/Hausärztin

.....  
Kranken-/Pflegekasse

.....  
Versicherungsnummer

.....  
Pflegegrad

.....  
Name Hausarzt/Hausärztin

.....  
Telefonnummer

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ, Ort

Werden Sie von Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin weiter betreut?  ja  nein

---

### Kosten & Einkommen

Sind die Kosten gedeckt?  ja  nein

Waren Sie oder Ihr/e Ehepartner/in verbeamtet?  ja  nein

Eine Bestätigung zur Kostenübernahme des Sozialamts in .....liegt vor.  
(Bitte legen Sie die Bestätigung in der Verwaltung vor.)

Der Antrag auf Kostenübernahme ist am ..... gestellt worden.

Der Antrag auf Kostenübernahme muss noch (von den Angehörigen/dem Betreuer) gestellt werden.

---

Ist der Antrag auf Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse gestellt worden?  ja  nein

Sind die Leistungen der Pflegekasse beantragt?  ja  nein

Ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgt?  
(Falls ja, legen Sie bitte die Bestätigung in der Verwaltung vor.)  ja  nein

Liegt der Bescheid der Pflegekasse bzgl. des Pflegegrades vor?  
(Falls ja, legen Sie bitte die Bestätigung in der Verwaltung vor.)  ja  nein

---

### Möglicher Einzugstermin

Ein Einzug ist ab dem ..... möglich.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Stempel der Einrichtung



## Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

### Benötigt der/die BewohnerIn Unterstützung beim ...

	<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>		<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu-Bett-gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

### Ist/ hat der / die BewohnerIn ...

	<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>		<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>immer</i>
zeitlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	inkontinent (Stuhl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	inkontinent (Harn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	tagsüber Unruhezustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nachts Unruhezustände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bettlägrig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

### Allgemeine Fragen

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....  
.....  
.....

Besteht eine Suchtkrankheit?

*nein*     *ja, nämlich* .....

Besteht eine körperliche Behinderung?

*nein*     *ja, nämlich* .....

Liegen psychische Störungen vor?

*nein*     *ja, nämlich* .....

Stempel der Einrichtung



## VINZENTINERINNEN

Seite 2 von 2

---

Bestehen Allergien?  *nein*  *ja, nämlich* .....

Werden Medikamente verabreicht?  *nein*  *ja, nämlich* .....

Ist Diät/ Schonkost erforderlich?  *nein*  *ja, nämlich* .....

Bestehen ansteckende Krankheiten? (z.B. TBC, MRSA)  *nein*  *ja, nämlich* .....

---

### Diagnosen

.....

.....

.....

.....

.....

---

### Hinweise, Bemerkungen etc.

.....

.....

.....

Ich bestätige, dass dieses Gutachten auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person beruht.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Stempel der Einrichtung