



Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West

Stationäre Altenhilfe • Behindertenhilfe

Kapitel III
QMH III-2.2.1.

Dienstleistungen in der Praxis der stationären Pflege
Beratung

FB III-2.2.1./06

Antrag / Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Wird von der Einrichtung ausgefüllt!

Debitorennummer							
Einzugsdatum		Zimmernummer					

Wird vom Antragsteller ausgefüllt!

Bitte zutreffendes ankreuzen

1. Gewünschte Unterbringung:	vom		bis	
2. Vor- und Zuname (Geburtsname)				
3. Adresse	Straße:		PLZ/Ort:	Telefon:
4. derzeitiger Aufenthalt	Straße:		PLZ/Ort:	Telefon:
5. Geburtsdaten	Geburtsdatum:		Geburtsort:	
6. Familienstand				
7. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Hinweis gemäß Leistungen § 43b SGB XI	Soweit eine Beantragung auf Leistungen der vollstationären Pflege bei Ihrer Pflegekasse notwendig wird, ist ggf. auch die zusätzliche Betreuung und Aktivierung zu beantragen. Für diese Leistungen entstehen Ihnen keinerlei weitere Kosten.			
8. Staatsangehörigkeit				
9. Konfession				
10. Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit				
11. Angehörige:	a)	Name:		Telefon:
		Straße:		PLZ/Ort:
		wie verwandt:		
	b)	Name:		Telefon:
		Straße:		PLZ/Ort:
		wie verwandt:		
	c)	Name:		Telefon:
		Straße:		PLZ/Ort:
		wie verwandt:		
12. Betreuer	Name:		Telefon:	
	Straße:		PLZ/Ort:	



Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West

Stationäre Altenhilfe • Behindertenhilfe

Kapitel III
QMH III-2.2.1.

Dienstleistungen in der Praxis der stationären Pflege
Beratung

FB III-2.2.1./06

Antrag / Anmeldung zur Kurzzeitpflege

13. Hausarzt	Name:		Telefon:
	Straße:		PLZ/Ort:
14. Krankenkasse			Telefon:
	Straße:		PLZ/Ort:
Mitgliedsnummer			
15. Hinweise, Ergänzungen, Wünsche			
16. Liegt die Zustimmung Ihrer Pflegekasse zur Kurzzeitpflege vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
17. Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen o. beantragt?	ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welches Sozialamt;			Telefon:
	Straße:		PLZ/Ort:
18. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Arzt	<input type="checkbox"/>	Name des Arztes
	Klinik	<input type="checkbox"/>	Name der Klinik
	Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	Name des Pflegedienstes
	Sonstige	<input type="checkbox"/>	Wer?/Wo?/Was?
	Familie	<input type="checkbox"/>	Mitarbeiter der AWO <input type="checkbox"/>
Bekannte	<input type="checkbox"/>	Website der AWO <input type="checkbox"/>	

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei / liegt nicht bei .

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit, auch:

Unterschrift des Aufzunehmenden

Vermerke der Einrichtung:

(z.B. für Informationen über Terminabsprachen usw.)