

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Benötigt der Patient Hilfen beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vom Bett / Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen vom Bett / Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ist der Kurzzeitgast ☐ zeitlich orientiert? ☐ örtlich orientiert? ☐ persönlich orientiert? ☐ situativ orientiert?

Treten nachts Unruhezustände auf? _____

Ist der Kurzzeitgast bettlägerig? _____

Liegt Inkontinenz vor ☐ Stuhlinkontinenz ☐ Harninkontinenz

Wenn ja in welcher Form? ☐ Streßinkontinenz ☐ Dranginkontinenz ☐ Reflexinkontinenz ☐ Überlaufinkontinenz

Wie ist die Gemütsstimmung? (die seelische Verfassung) _____

Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?) _____

Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art?) _____

Liegen physische Störungen vor (wenn ja, welcher Art?) _____

Bestehen ansteckende Krankheiten,wie TBC? (bitte genau bezeichnen) _____

Diagnosen: _____

Welche Medikamente benötigt der Kurzzeitgast? Oder Verordnungsplan beilegen

Medikament	früh	mittags	abends	z. Nacht

Bedarfsmedikation mit Indikationsangabe ___ Einzeldosis ___ max. Dosis in 24 h

Insulininjektion erforderlich Was / Wann / IE

Insulin-Pen	früh	mittags	abends	z. Nacht

Stempel und Unterschrift des Arztes

Behandlungspflege laut ärztlicher Verordnung erforderlich:

Das Anziehen von Kompressionsstrümpfen ist erforderlich

☐

Ja

☐

Nein

☐

Klasse

☐

nur für US

☐

komplett bis OS

Kompressionsverband anlegen:

Wo: _____

Wundversorgung durchführen Wo / Womit / Wann: _____

Weitere behandlungspflegerische Maßnahmen sind erforderlich: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme

Name, Vorname des Gastes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ist der Kurzzeitgast frei von ansteckenden Krankheiten?

☐

Ja

☐

Nein

Liegen Anhaltspunkte einer ansteckungsfähigen
Lungentuberkulose vor ? (siehe § 36 IfSG)

☐

Ja

☐

Nein

Stempel und Unterschrift des Arztes

ANMERKUNG: Auszug aus dem § 36 (4) Infektionsschutzgesetz:

Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder *eine gleichartige* Einrichtung nach § 1 Absatz 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach § 36 Abs. 4 IfSG aufgeklärt worden. Sollte ich dieser Verpflichtung nicht nachkommen und im Falle einer ansteckenden Lungentuberkuloseerkrankung andere mit Lungentuberkulose anstecken, stelle ich die Einrichtung von eventuellen Schadensersatzansprüchen frei.

Datum

X

Unterschrift

Infektionsschutzgesetz (IfSG)

§ 36 Abs. 4 IfSG

Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei Ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose vorhanden sind. Personen, die nach Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, die für die Ausstellung des Attestes nach Satz 1 und 2 erforderlichen Untersuchungen zu dulden.

§ 73 Abs. 1 Nr. 19 IfSG

Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 36 Abs. 4 Satz 6 eine Untersuchung nicht duldet. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro geahndet werden.

Fragebogen zur Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen sowie die Bestätigung der Pflegekasse zur Kurzzeitpflegeaufnahme in unserer Einrichtung, bei Aufnahme mitbringen)

Bei den mit einem * gekennzeichneten Feldern sind die Angaben freiwillig.

Name, Vorname: _____

Anschrift, Tel.-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort*: _____

Beruf*: _____ Konfession*: _____

Familienstand*: ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Ledig

Derzeitiger Aufenthalt:

☐ Ja ☐ Nein Befindet sich der zukünftige Patient derzeit im Krankenhaus?
In welchem? _____

Grund _____

☐ Ja ☐ Nein Wird der Patient von einem ambulanten Pflegedienst betreut?
Von welchem? _____

Angehörige:

Name, Vorname: _____

Anschrift.: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Tel.-Nr. _____

Liegt eine ☐ Betreuung, ☐ Vorsorgevollmacht oder ☐ Patientenverfügung vor? (Bitte Kopien beifügen)
☐ Gerichtlich bestellter Betreuer (Bitte Betreuerausweis in Kopie beifügen) bzw.
☐ Bevollmächtigter, Unterschriftsberechtigter

Name, Vorname: _____

Anschrift.: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Tel.-Nr. _____

Hausarzt:

Name, Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Krankenkasse:

Name, Anschrift: _____

Vers.-Nr. _____

☐ Ja ☐ Nein Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung zu Medikamenten,
Heil- und Hilfsmitteln bzw. Fahrkosten vor (Kopie beifügen)?

Zeitraum der Kurzzeitpflege von / bis: _____

War dieses Jahr schon in einer Kurzzeitpflege von / bis: _____

Antrag:

☐ Ja ☐ Nein Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt (bitte Kopie beifügen)?
am: _____ durch: _____

Pflegegrad:

☐ Ja ☐ Nein Liegt eine Einstufung in eine Pflegestufe vor (bitte Kopie beifügen)?
In welche? ☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ Grad 5

☐ Ja ☐ Nein Wurde bereits ein Antrag auf Einstufung in eine Pflegegrad gestellt?

Inkontinenzmittellieferant:

☐ Ja ☐ Nein Besteht ein Vertrag mit einem Inkontinenzmittellieferant?
Lieferant: _____

Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Datum: _____ Unterschrift: **X** _____

Vorvertragliche Information:

Hiermit bestätige ich, dass ich die allgemeine vorvertragliche Information und die konkrete vorvertragliche Information mit Angaben der Zusatzleistungen für die Kurzzeitpflege erhalten habe.

Datum: _____ Unterschrift: **X** _____

Sonstige Angaben, Ergänzungen: _____

Datenschutz

Datenschutz:

Die von Ihnen gemachten Angaben werden im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erhoben, verarbeitet und genutzt. Die erhobenen Daten werden zum Zwecke der Erstellung des Wohn- und Betreuungsvertrages, für die Pflegedokumentation und die Abrechnung der Kosten sowie für die Meldung an die Pflegekasse verwendet.

Soll nach der Kurzzeitpflege vollstationäre Pflege in Anspruch genommen werden?

bitte ausfüllen!

☐ Ja ☐ Nein Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt (bitte Kopie beifügen)?
am: _____ durch: _____

Kostenträger:

☐ Ja ☐ Nein Ist es notwendig einen Antrag auf Sozialhilfe zu stellen?

Friedrich-König-Str. 21
98527 Suhl
Telefon: 03681 / 707126
Telefax: 03681 / 707125
info@apotheke-suhl.de
www.apotheke-suhl.de



Rechnungsadresse (falls abweichend)

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Einwilligungserklärung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

Geburtsdatum: _____

☐ Durch das Ankreuzen dieses Kästchens bin ich einverstanden, dass die Lauterbogen-Apotheke meine persönlichen Daten in ihrer Kundenkartei und meine Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, speichert.

Krankenkasse: _____

Zuzahlungsbefreiungskarte

Lauterbogen Apotheke

Flessabank Meiningen
Konto 0002100101
BLZ 79330111
IBAN DE03 7933 0111 0002 1001 01
BIC FLESDEMM

Ust-ID-Nr. DE 293 154 201
HRA AG Jena 301244

Apotheker Robert Blanke e.K.
Friedrich-König-Str. 21, 98527 Suhl
Tel. 03681 / 707126
Fax 03681 / 707125
info@apotheke-suhl.de

Abrechnungsbogen

Hiermit bestätige ich, dass mir die vorvertraglichen Informationen sowie der Wohn- und Betreuungsvertrag erläutert und ausgehändigt wurden. Über die anfallenden Kosten wurde ich in einem persönlichen Gespräch informiert.

Frau / Herr: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ggf. vertreten durch Herr / Frau: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Beziehung zum Patienten: _____

Der Vertrag beginnt am: _____ und endet voraussichtlich am: _____

Der zu zahlende Eigenanteil beträgt: _____ EUR pro Tag (Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten)

Der Pflegesatz der Pflegekasse beträgt: ☒

<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	_____ Euro täglich	} + _____ Euro täglich
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	_____ Euro täglich	
☒ <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	_____ Euro täglich	
☒ <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	_____ Euro täglich	
☒ <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	_____ Euro täglich	

Patient ohne Pflegegrad (Selbstzahler) zahlt am Tag: _____ Euro täglich

Eilantrag wurde gestellt von: _____ am: _____

Antrag auf Kurzzeitpflege wurde am: bei der Krankenkasse gestellt.

Hat dieses Jahr Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege schon in Anspruch genommen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Wo: _____ Wie viel Tage: _____

Rechnung bitte an folgende Adresse schicken:

Herr / Frau: _____

Wohnanschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift Patient: **X** _____

Datum: _____ Unterschrift Bevollmächtigter: _____

Besondere Regelung für den Todesfall

(1) Im Falle des Todes des Patienten sind zu benachrichtigen:

(a) Herr / Frau: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

(b) Herr / Frau: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

ggf. gewünschtes Bestattungsinstitut: _____

(2) Die Einrichtung stellt den Nachlass, soweit möglich durch räumlichen Verschluss sicher.

(3) Ungeachtet einer etwa abweichenden erbrechtlichen Regelung (z.B. letztwillige Verfügung oder Eintritt der gesetzlichen Erbfolge) soll der Besitz des Patienten an:

Herr / Frau: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

ausgehändigt werden.

§ 18 – Sonstige Bestimmung

- 1) Sämtliche im Vertrag und in den Regelungen genannten Gesetzte, Verordnungen und Vereinbarungen können bei der Pflegedienstleitung eingesehen werden.
- 2) Eine etwaige Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrages berührt seine Rechtswirksamkeit im Übrigen nicht.
- 3) Aufgrund gesetzlicher Regelung besteht ab 2017 der Anspruch auf Erstattung zusätzlicher Betreuungsleistungen nur in Höhe von **125 Euro** monatlich oder in Höhe des Betrages, der sich ab Beginn des Leistungsanspruches bis zur Einreichung der Rechnung kumuliert ergibt. Zukünftige Monatsansprüche dürfen zum Zeitpunkt der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden.
- 4) Das Leistungsentgelt wird entsprechend des Wohn- und Betreuungsvertrages **pro Anwesenheitstag** abgerechnet. Das heißt der Aufnahme- und der Entlassungstag werden in voller Höhe berechnet. Bei Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung, wird der Entlassungstag nicht berechnet.
- 5) Bei Nichtinanspruchnahme einzelner Leistungen aus dem Bereich der Pflege und Betreuung, besteht kein Anspruch auf Ermäßigung des Entgeltes, soweit nicht wegen Abwesenheit die Regelung des § 6 Abs. (9) des Wohn- und Betreuungsvertrages gilt.
- 6) Bei Nichtinanspruchnahme der aufgelisteten oder Teile der aufgelisteten Verpflegungsbestandteile besteht kein Anspruch auf Ermäßigung des Entgeltes, soweit nicht wegen Abwesenheit des Patienten die Abwesenheitsregelung gem. §6 Abs (9) des WBV oder diejenige bei Erhalt von Sondennahrung gem. §6 Abs.(7) des WBV greift. Zusatzleistungen der Kurzzeitpflege habe ich als Anhang erhalten.

**Hinweis: Pflegegrad 1 = __ Tage | Pflegegrad 2 = __ Tage | Pflegegrad 3 = __ Tage
Pflegegrad 4 = __ Tage | Pflegegrad 5 = __ Tage**

Ort, Datum: _____ Einrichtung: _____

Ort, Datum: _____ Patient: **X** _____

ggf. rechtlicher Betreuer, Bevollmächtigter: _____

Einverständniserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 B SGB V

Vor-, Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Für meine Betreuung ist die Erhebung von persönlichen Daten Voraussetzung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine vollständige und sorgfältige Betreuung nicht gewährleistet werden.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die SRH Kurzzeitpflege die für meine Betreuung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem

Hausarzt: _____

Fachärzten: _____

Krankenhäuser: _____

bei denen ich in Behandlung bin / war, einholt.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten nur an Haus- und Fachärzte übermittelt werden, um eine weitere vollständige und sorgfältige Behandlung zu gewährleisten.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich bzgl. einer Terminvereinbarung, -änderung oder einer Befundübermittlung per Telefon, elektronischer Post oder per Postbrief kontaktiert werde kann.

☐ Mir ist bewusst, dass die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an andere Leistungserbringer, wie kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse und/oder privatärztliche Verrechnungsstellen erfolgen, zum Zwecke der Abrechnung der bei mir erbrachten Leistungen.

Ich habe das Recht diese Einverständniserklärung jederzeit „ganz“ oder teilweise schriftlich zu widerrufen. Ich habe das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen auf Löschung von Daten und Übertragbarkeit. (Einschränkung bei der Übermittlung für die Leistungsabrechnung.)

Datum / Ort:

x

Unterschrift des Patienten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet Ihre personenbezogenen Daten mindestens 30 Jahre nach Abschluss der Betreuung aufzubewahren.