

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Angaben zur Person

Name: Vorname:
Geburtsname: Familienstand:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Konfession: Nationalität:
Telefon: Beruf:
Anzahl der Kinder:

Wohnung (mit Hauptwohnsitz angemeldet):

Straße: Nr.: Postleitzahl: Ort:

Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung,), falls nicht zuhause:

Name der Einrichtung:
Straße: Nr.: Postleitzahl: Ort:
Telefon: Ansprechperson:

Angehörige / Bezugspersonen

Name: Straße:
Verwandtschaftsverhältnis : Postleitzahl: Ort:
Telefon, privat: Telefon, dienstlich:
Telefon, mobil: E-Mail:

Wer ist während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege Ansprechpartner und wo und wie erreichbar ?

Name: Straße:
Verwandtschaftsverhältnis : Postleitzahl: Ort:
Telefon, privat: Telefon, dienstlich:
Telefon, mobil: E-Mail:

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegeeinstufung liegt vor: ja nein
Pflegeeinstufung seit: Pflegegrad:
Krankenkasse: Versicherten-Nr.:
von Zuzahlung befreit: ja nein

Ärzte

A Hausarzt

Name: Straße:
Fachbereich: Postleitzahl: Ort:
Telefon: Fax:
Ist der Arzt bereit, die Versorgung / Visite während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege fortzusetzen: ja nein

B Facharzt

Name: Straße:
Fachbereich: Postleitzahl: Ort:
Telefon: Fax:
Ist der Facharzt bereit, die Versorgung / Visite während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege fortzusetzen: ja nein

Betreuung

Liegt eine vom Amtsgericht festgesetzte Betreuung vor? ja nein
Falls ja, bitte eine Kopie beifügen
Falls nein, ist eine Betreuung beantragt? ja nein

Vollmachten

Liegen Vollmachten vor: ja nein
Falls ja, bitte eine Kopie der Vollmachtserklärung beifügen

Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor: ja nein
Falls ja, bitte eine Kopie der Patientenverfügung beifügen

Vorvertrag zum Kurzzeitpflegevertrag

Zwischen der

**Martineum Altenhilfe gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH,
Augenerstraße 36, 45276 Essen,**

als Träger der
Einrichtung

Kurzzeitpflege im Altenkrankenheim

vertreten durch

die Geschäftsführung

nachstehend „Einrichtung“ genannt -

und

Frau / Herrn

.....
- nachstehend „Gast“ genannt -

wohnhaft in

.....
.....

vertreten durch

.....
.....

- rechtliche Betreuerin / rechtlicher Betreuer
- Bevollmächtigte / Bevollmächtigter
- Angehörige / Angehöriger

wird folgender **V o r v e r t r a g** (Reservierungsvereinbarung) für einen Kurzzeitpflegeplatz geschlossen:

§ 1 Reservierung

Die Einrichtung wird Frau / Herrn

für die Zeit vom	bis zum	Haus	Zimmer
		<input type="checkbox"/> Altenkrankenheim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer
		<input type="checkbox"/> Altenkrankenheim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer
		<input type="checkbox"/> Altenkrankenheim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer

zur Kurzzeitpflege aufnehmen. Die Einrichtung verpflichtet sich mit Abschluss des Vorvertrages, den Kurzzeitpflegeplatz für den / die angegebenen Zeitraum / Zeiträume zu reservieren.

§ 2 Unterlagen zur Anmeldung

Der Gast verpflichtet sich, die von der Einrichtung geforderten Unterlagen (Angaben zur Person, Ärztlicher Fragebogen ...) vor Antritt der Kurzzeitpflege, nach zeitlicher Vorgabe, einzureichen (siehe Informationen zur Kurzzeitpflege, Seite 7, Nr. Formalitäten). Bei wiederholtem Besuch der Kurzzeitpflege kann auf Vorlage o. g. Formalitäten verzichtet werden, sofern zwischenzeitlich keine Änderungen eingetreten sind.

§ 3 Kündigung

Der Gast kann diesen Vorvertrag (Reservierungsvereinbarung) jederzeit bis zum Einzugstermin ohne Angabe von Gründen kündigen und den Kurzzeitpflegeplatz absagen.

Die Einrichtung kann diesen Vorvertrag nur beim Vorliegen wichtiger Gründe kündigen.

§ 4 Stornierung

Im Falle einer kurzfristigen Kündigung innerhalb eines Zeitraums von 10 Tagen oder weniger vor dem Einzugstermin hat der Gast eine Stornierungsgebühr für den reservierten Kurzzeitpflegeplatz zu entrichten, maximal für 10 Tage der vereinbarten Zeit. Die Gebühr beläuft sich auf 75 % des Entgelts entsprechend der dem Gast zuerkannten Pflegegrad und des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung sowie des Umlagebetrags für die Altenpflegeausbildung zuzüglich 100 % der von den Kostenträgern festgelegten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen.

Gleiches gilt bei vorzeitigem Abbruch des vereinbarten Aufenthalts in der Kurzzeitpflege.

Es bleibt dem Gast vorbehalten, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

Die Zahlungsverpflichtung entfällt, wenn der Kurzzeitpflegeplatz für den reservierten Zeitraum anderweitig belegt werden kann.

§ 5 Bearbeitungsgebühr

Bei Stornierung wird eine Bearbeitungsgebühr i. H. v. 50 € erhoben.

§ 6 Rechnungsstellung

Ca. 2 Wochen vor Beginn der Kurzzeitpflege erhalten Sie die Rechnung über die anteiligen Kosten, bei kurzfristigen Buchungen erfolgt eine zeitnahe Aushändigung. Die Rechnung wird sofort fällig, ist jedoch spätestens am Aufnahmetag zu begleichen.

Sollten die Pauschalen der Pflegekasse für Kurzzeit- und Verhinderungspflege ausgeschöpft sein, werden die Restkosten privat in Rechnung gestellt.

§ 7 Vorübergehende Abwesenheit bei Aufenthalt in der Kurzzeitpflege

Bei vorübergehender Abwesenheit (z.B. Krankenhaus, Urlaub) ist der Gast grundsätzlich verpflichtet, eine Platzgebühr zu entrichten. Die Platzgebühr umfasst die anteilig berechneten Investitionskosten zu 100 %, sowie 75 % des Entgelts für pflegebedingte Aufwendungen sowie für Unterkunft und Verpflegung.

Bei Abwesenheit stehen keine Leistungen bzw. Erstattungen der Pflegekasse oder des Sozialhilfeträgers zur Verfügung. Der Kurzzeitpflegegast muss deshalb die Platzgebühr in voller Höhe selbst tragen und hat dadurch bei Abwesenheit in der Regel einen deutlich höheren Eigenanteil zu leisten.

§ 8 Anreise / Abreise

Grundsätzlich wird der Anreisetag in voller Höhe berechnet, der Abreisetag wird nicht berechnet.

Am Anreisetag kann das Zimmer ab 10:00 Uhr, spätestens bis 12:00 Uhr bezogen werden, am letzten Tag der Reservierung (Abreisetag) ist das Zimmer bis 10:00 Uhr freizugeben.

Kann die Anreise erst später erfolgen, bitten wir um vorherige Rücksprache.

§ 9 Gültigkeit

Der Vorvertrag (Reservierung) ist erst mit Unterzeichnung beider Vertragsparteien verbindlich.

Essen, den

.....
(für die Einrichtung)

.....
(Gast)

-
- rechtliche Betreuerin / rechtlicher Betreuer
 - Bevollmächtigte / Bevollmächtigter
 - Angehörige / Angehöriger

Anmerkung:

Der ärztliche Fragebogen ist 12 Monate gültig. Ein neuer Fragebogen ist erforderlich, wenn sich der Gesundheitszustand verändert hat, zwischenzeitlich ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wurde oder eine infektiöse Krankheit diagnostiziert wurde.

Nicht vergessen!

Bitte bringen Sie für die Zeit des Aufenthaltes folgende Sachen mit:

Heil- und Hilfsmittel (falls notwendig)

- Rollstuhl
- Gehhilfe / Stock
- Brille
- Hörgerät, Batterien
- Wecheldruckmatratze
- Inkontinenzmaterial
- Medikamente (nur in Originalverpackung!)
- Sondenkost

Kleidung (pflegeleicht)

- Unterhemden
- Unterhosen
- Strümpfe / Strumpfhosen
- Oberbekleidung
- Nachthemden / Schlafanzüge
- Eventuell Bademantel
- Strickjacke
- Pantoffel, feste Schuhe
- Mantel

Die Kleidung wird in der Hauswäscherei in Gewerbemaschinen gewaschen und getrocknet und sollte für diese Form der Bearbeitung geeignet sein.

Kleidung, die nicht gewaschen werden darf, geben wir zu Lasten des Gastes in die Reinigung.

Pflegeutensilien

- Körperpflegemittel wie Seife, Waschlotion, Shampoo, Duschgel,
- Deodorant
- Hautcreme oder Pflegelotion
- Zahnbürste, Zahnbecher, Prothesenreiniger, Mundwasser,
- Kamm, Haarbürste
- Rasierapparat, Trockenrasierer / Rasierschaum
- Nagelschere, Nagelpfeile,
- Kosmetika
- Handtücher und Waschlappen werden gestellt

Auslagen

- Denken Sie bitte daran, für persönliche Auslagen ca. 50 € mitzubringen. Davon werden Frisör, Fußpflege, Medikamentenanteile, etc. bezahlt.
- Auf Wunsch kann der Gast der Kurzzeitpflege sein Geld an der Kasse hinterlegen.
- Bei Entlassung wird über die Auslagen abgerechnet.

Ärztlicher Fragebogen

Name: Vorname:

geb. am.: Krankenkasse:

<u>Diagnosen</u>	
<u>Medikamente</u>	

<u>Funktionen</u>	ja	nein	mit Hilfsmitteln
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urininkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<u>Orientierung</u>	ja	nein	zeitl.	örtlich	zur Person
Voll klar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilweise desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<u>Hilfebedarf Körperpflege</u>	ja	nein
Benötigt Hilfe bei:		
Ganzkörperwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird zur Toilette geführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt auf der Toilette Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patient wird auch während seines Aufenthalts in der Kurzzeitpflege im MARTINEUM in Essen-Steele von mir ärztlich betreut. Dazu gehören ggf. auch Hausbesuche.

Ja

Nein

Datum: _____

Unterschrift, Stempel

<u>Hilfebedarf Mobilität</u>	ja	nein
Benötigt Hilfe beim Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Hilfebedarf Ernährung</u>	ja	nein
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrung wird angereicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Wichtige Informationen</u>	ja	nein
Infektiöse Erkrankungen MRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ja **nein**

 ansteckende Krankheiten
 (z.B. ansteckungsfähige Lungentuberkulose) gem. § 36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz.

Vollmacht

Ich

.....
(Name, Vorname)

.....
(Vollmachtgeber/in)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Straße)

.....
(Postleitzahl und Ort)

.....
(Telefon, Telefax)

.....
(E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

.....
(Name, Vorname)

.....
(bevollmächtigte Person)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Straße)

.....
(Postleitzahl und Ort)

.....
(Telefon, Telefax)

.....
(E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Ja Nein

- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung und in ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). Die Vollmacht umfasst somit auch die Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen.

Ja Nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Ja Nein

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ja Nein

Hinweis: Die vom Bevollmächtigten beabsichtigten Zwangsmaßnahmen bedürfen der Genehmigung durch das zuständige Betreuungsgericht.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Ja Nein

- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

Ja Nein

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Beratungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

Ja Nein

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja Nein

Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen,

Ja Nein

namentlich

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,

Ja Nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,

Ja Nein

- Verbindlichkeiten eingehen,

Ja Nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis).

Ja Nein

Hinweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

Ja Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

.....

.....

.....

.....

Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja Nein

Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

Ja Nein

Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

Ja Nein

Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

Ja Nein

Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

Ja Nein

weitere Regelungen

.....

.....

.....

.....

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)

Beglaubigungsvermerk

z. B. durch die örtliche Betreuungsbehörde

Hinweis: Wegen der grundsätzlich zu empfehlenden Registrierung der Vollmacht im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer vgl. Sie bitte die Erläuterungen auf Seite 10 dieser Broschüre.