



Informations- material für Kurzzeitpflege

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Haus.

Sie möchten unser Angebot der Kurzzeit- bzw. Urlaubspflege nutzen. Dafür kann eine rechtzeitige Anmeldung für Ihre Urlaubsplanung und unsere Zimmerplanung sorgen. Sie wissen Ihre Angehörigen und Verwandten in unserer Obhut und können beruhigt Ihren Urlaub verbringen und sich erholen.

Eine durch die Pflegekasse übernommene Kurzzeitpflege, wird in Regel auch vom Land Niedersachsen in Höhe der Investitionskosten gefördert.

Dies gilt jedoch nicht,

- **für Pflegebedürftige, die in den letzten 12 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Niedersachsens hatten.**
- **Ebenso erhalten Pflegebedürftige, die Leistungen nach §26c Abs.1 S.1 Bundesversorgungsgesetz bzw. Leistungen aus der Kriegsopferfürsorge erhalten, keine Förderung der Investitionskosten.**
- **Verbleibt ein Pflegebedürftiger, nachdem er Leistungen der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in Anspruch genommen hat direkt in der Einrichtung und erhält unmittelbar Leistungen der vollstationären Pflege, so erhält er keine Investitionskostenförderung.**

Die Pflegekasse übernimmt die Pflegeleistungen auf Antrag bei Vorliegen einer Pflegestufe.

Ihr Anteil wären dann die Unterkunfts- und Verpflegungskosten. Die Höhe der Tagesentgelte können Sie den beigefügten Unterlagen entnehmen.

Bitte reichen Sie neben der ausgefüllten Anmeldung, den ärztlichen Fragebogen sowie eine Bestätigung der Pflegekasse über Kostenübernahme der Pflegeleistungen ein.

Folgende Unterlagen möchten wir Ihnen mit auf dem Weg geben:

- Prospekt des Hauses
- Anmeldung und Erklärung zur Kurzzeitpflege
- Ärztlicher Fragebogen
- Höhe der Tagesentgelte
- Allgemeine vorvertragliche Information (Prospekt)
- Konkrete vertragliche Information

Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Ihre Fragen jederzeit zur Verfügung.

Mario Keitel
Geschäftsführer

Ines Keitel
Geschäftsführerin

Bianca Siebert
Pflegedienstleitung

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen sowie die Bestätigung der Pflegekasse zur Kurzzeitpflegeaufnahme einreichen)

Name, Vorname:

Anschrift, Tel.-Nr.: Seit:

Geburtsdatum: Geburtsort*:

Hat sich der Wohnort innerhalb der letzten 12 Monate verändert ?

Ja Nein Es wird noch einmal auf Seite 4 zweiter Abschnitt verwiesen?

⇒ Frühere Anschrift: Seit:

⇒ bzw. Anschriften: Seit:

Derzeitiger Aufenthalt:

Ja Nein Befindet sich der zukünftige Bewohner derzeit im Krankenhaus ?

⇒ In welchem ?

Grund:

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

Name, Vorname:

Anschrift:

Verwandtschaftsgrad: Tel.-Nr.:

Hausarzt:

Name, Anschrift, Tel.:

Anschrift, Tel.:

Krankenkasse:

Name, Anschrift, Tel.:

KV-Nummer:

Zeitraum der Kurzzeitpflege:

vom bis

Pflegestufe:

Stufe I Stufe II Stufe III

Antrag:

Ja Nein Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt (Bitte Kopie beifügen) ?

⇒ am [] durch []

Ist geplant nach der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege vollstationäre Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen ?

Ja Nein Es wird noch einmal auf Seite 6 letzter Abschnitt verwiesen.

Datum: [] Unterschrift: []

Vorvertragliche Information:

Hiermit bestätige ich, dass ich die allgemeine vorvertragliche Information (Prospekt) und die konkrete vorvertragliche Information für Kurzzeitpflege erhalten habe.

Datum: [] Unterschrift: []

Sonstige Angaben, Ergänzungen:

[]

[]

[]

[]

Wird nach der Kurzzeitpflege vollstationäre Pflege in Anspruch genommen werden soll, bitte ausfüllen !

Pflegestufe:

Ja Nein

Liegt eine Einstufung in eine Pflegestufe vor (Bitte Kopie beifügen) ?

⇒

In welche ? Stufe I Stufe II Stufe III

⇒

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

Ja Nein

Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf vollstationäre Pflege gestellt (Bitte Kopie beifügen) ?

⇒

am durch

Kostenträger:

Ja Nein

Reicht das monatliche Einkommen aus, um die Heimkosten zu decken ?

⇒

Ja Nein Soll ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden ?

Zust. Sozialamt:

Vorvertragliche Information:

Hiermit bestätige ich, dass ich die konkrete vorvertragliche Information für vollstationäre Pflege erhalten habe.

Datum:

Unterschrift:

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 Heimvertrages, für die Pflegedokumentation und die Abrechnung der Heimkosten sowie für die Meldungen an die Pflegekasse verwendet.

Erklärungen zur Kurzzeitpflege

- Ich erhalte **keine** Leistungen nach §26c Abs.1 S.1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Leistungen aus der Kriegsofopferfürsorge (KOF). Die Investitionskosten werden daher von §§ 9 und 10 NPflegeG gefördert und brauchen nicht von mir getragen werden.
- Ich erhalte Leistungen nach §26c Abs.1 S.1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Leistungen aus der Kriegsofopferfürsorge (KOF). Aus diesem Grund können die Investitionskosten nach §§ 9 und 10 NPflegeG nicht beantragt und gefördert werden. **Die Investitionskosten von 16,00 € pro Tag sind daher von mir selbst zu tragen.**

Datum:

Unterschrift:

- Ich habe in den letzten 12 Monate vor Aufnahme im Land Niedersachsen gewohnt. Die Investitionskosten werden daher von §§ 9 und 10 NPflegeG gefördert und brauchen nicht von mir getragen werden.
- Ich habe in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme **nicht** im Land Niedersachsen gewohnt. Aus diesem Grund können die Investitionskosten nach §§ 9 und 10 NPflegeG **nicht** beantragt und gefördert werden. **Die Investitionskosten von 16,00 € pro Tag sind daher von mir selbst zu tragen.**

Datum:

Unterschrift:

Ich wurde darauf hingewiesen, dass **keine** Förderung der Investitionskosten erfolgt, wenn ich direkt im Anschluss an die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege Leistungen der vollstationären Pflege in Anspruch nehme. **Die Investitionskosten von 16,00 € pro Tag sind daher von mir selbst zu tragen.**

Datum:

Unterschrift:

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Kurzzeitpflege

1. Name

Geburtsdatum

Name

Vorname

Geburtsdatum

2. 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"/>	Rasieren	<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"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<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"/>	Zu Bett gehen	<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"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist der Patient

zeitlich orientiert?

örtlich orientiert?

persönlich orientiert?

situativ orientiert?

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

5. Ist der Patient bettlägerig?

6. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz

Harninkontinenz

Wenn ja, in welcher Form?

Streßinkontinenz

Dranginkontinenz

Reflexinkontinenz

Überlaufinkontinenz

extraurethale Inkont.

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ?

8. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche) ?

9. Besteht körperliche Behin- derung (wenn ja, welcher Art) ?

10. Liegen physische Störun- gen vor (wenn ja, welcher Art) ?

11. Bestehen ansteckende Krankheiten, wie TBC ? Bitte genau bezeichnen

12. Diagnose

13. Welche Medikamente
müssen verabreicht
werden?

14. Ist Diät oder Schonkost
erforderlich?
Wenn ja, welcher Art?

15. Hinweise, Bemerkungen

Ergebnis Stuhluntersuchung TPE, Ruhr und Salmonellen:
(innerhalb der letzten 4 Wochen vor Heimaufnahme)

Röntgen-Thorax:
(innerhalb des letzten Jahres vor Aufnahme)

Dieses Gutachten beruht auf einer
persönlichen Untersuchung der
aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum

Ärztliches Zeugnis zur Aufnahme

Behandelnder Arzt / Krankenhaus

Ort / Datum

Name, Vorname:

Anschrift, Tel.-Nr.:

Geburtsdatum:

Ist der Antragsteller frei von ansteckenden Krankheiten? Ja Nein

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

Stempel / 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 (siehe Rückseite) 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.

Ort, Datum

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.“

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Pflegeleistungen	33,84 €	43,19 €	54,30 €
Unterkunft und Verpflegung	15,97 €	15,97 €	15,97 €
Investitionskosten	16,00 €	16,00 €	16,00 €
Gesamtkosten pro Tag	65,81 €	75,16 €	86,27 €

Kosten der Kurzzeitpflege

Das Entgelt für die Kurzzeitpflege setzt sich aus dem

- Entgelt für Pflegeleistungen, dem
- Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und dem
- Entgelt für Investitionsleistungen

zusammen. Entsprechend der individuellen Pflegestufe übernimmt die Pflegekasse für jeweils 28 Tage im Jahr die Kosten für die Pflegeleistungen.

Die Investitionskosten können auf Antrag und bei Vorliegen der Kostenübernahme durch die Pflegekasse vom Landkreis Osterode übernommen werden. Dies gilt jedoch nicht:

- **für Pflegebedürftige, die in den letzten 12 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Niedersachsens hatten.**
- **Ebenso erhalten Pflegebedürftige, die Leistungen nach §26c Abs.1 S.1 Bundesversorgungsgesetz bzw. Leistungen aus der Kriegsopferfürsorge erhalten, keine Förderung der Investitionskosten.**
- **Verbleibt ein Pflegebedürftiger, nachdem er Leistungen der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in Anspruch genommen hat direkt in der Einrichtung und erhält unmittelbar Leistungen der vollstationären Pflege, so erhält er keine Investitionskostenförderung.**

Der Anteil für Unterkunft und Verpflegung muss vom Bewohner getragen werden.