

**Anmeldung zur Aufnahme in die**

- Ambulanter Pflegedienst EvB Care       Lausitz Pflege Forst Ambulanter Pflegedienst
- Leistungen SGB V     Leistungen SGB XI     Leistungen §45b SGB XI     Privatleistungen
- ab/von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

gewünschte Pflegeeinsätze pro Tag:     1x     2x     3x     mehrmals

Gewünschte Pflegezeiten (unverbindlich):     flexibel     feststehend

**Angaben der aufzunehmenden Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer:    privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Die aufzunehmende Person wird beim Vertrag vertreten durch**

*(Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Telefonnummer:    privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

- Bezug zur aufzunehmenden Person \_\_\_\_\_  
(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)
- gesetzl. Betreuer:in       Bevollmächtigte:r

Erstellt/Name/Datum	Überarbeitet/Name/Datum	Freigabe/Unterschrift/Datum	Version	Seite 1 von 4
Juliane Hoth 12.12.2018	Juliane Hoth 24.08.2021	René Schulz 27.09.2021	2	

**2. Kontaktperson**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer: privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

 Bezug zur aufzunehmenden Person \_\_\_\_\_*(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)* gesetzl. Betreuer:in  Bevollmächtigte:r**Finanzierung:**

Krankenkasse/ Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  wurde beantragt am: \_\_\_\_\_*Bescheide der Pflegekasse in Kopie beifügen*Verhinderungspflege beantragt:  ja, am \_\_\_\_\_  nein

Wurde im lfd. Kalenderjahr bereits eine Verhinderungspflege in Anspruch genommen:

 ja, bereits \_\_\_\_\_ Tage  nein**Rechnungslegung**Die Rechnung soll  per Post oder  per Email wie folgt ausgestellt werden: Klient  Bevollmächtigte:r  Betreuer:in *(Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)* 1. Kontaktperson  2. Kontaktperson  andere Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer: privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Erstellt/Name/Datum	Überarbeitet/Name/Datum	Freigabe/Unterschrift/Datum	Version	Seite 2 von 4
Juliane Hoth 12.12.2018	Juliane Hoth 24.08.2021	René Schulz 27.09.2021	2	

**Abrechnungsmodalitäten**

- ich erhalte Pflegegeld       ich erhalte Pflegesachleistungen
- ich erhalten eine Kombinationsleistung von Pflegegeld und Pflegesachleistungen  
*(Bescheid der Pflegekasse in Kopie beifügen)*
- ich erhalte Entlastungsleistungen       ich verfüge über angesparte Entlastungsleistungen  
*(Bescheid der Pflegekasse in Kopie beifügen)*

**Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift der Praxis: \_\_\_\_\_

**Fachärzte:**

Name | Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Name | Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Name | Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Der aktueller Arztbericht und/oder Krankenhausbericht ist Bestandteil der Anmeldung zur Aufnahme durch den ambulanten Pflegedienst. Ohne den aktuellen Arztbericht und/oder Krankenhausbericht ist eine Aufnahme nicht möglich!

----- vom Pflegedienst auszufüllen -----

**Ersteinschätzung des Pflegebedarfes**

SGB XI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erstellt/Name/Datum	Überarbeitet/Name/Datum	Freigabe/Unterschrift/Datum	Version	Seite 3 von 4
Juliane Hoth 12.12.2018	Juliane Hoth 24.08.2021	René Schulz 27.09.2021	2	

SGB V: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 ärztliche VO liegt vor     ärztliche VO wird besorgt

Entlastungsleistungen (§45b) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

vereinbarte Pflegezeiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Angaben sind richtig und vollständig. Mir ist bekannt, dass nachträgliche Änderungen/Ergänzungen der Pflegedienstleitung vor Aufnahme bzw. unverzüglich nach Bekanntwerden anzuzeigen sind und dass unvollständige Angaben oder Unterlagen die Aufnahme und die laufende Versorgung ggf. zeitlich verzögern bzw. beeinträchtigen können.

**Datenschutzhinweis:**

Zur Bearbeitung der Interessentenanfrage müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden (Verarbeitung). Diese Anfrage, Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches, das Datenschutzrecht (Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland sowie die Sozialdatenschutzregelungen) und Vereinbarungen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe befugen dazu. Die Vorschriften des Datenschutzes der evangelischen Kirche in Deutschland (§ 6 Nummer 5 i. V. m. § 13 Absatz 2 Nummer 8 und Absatz 3 EKD-Datenschutzgesetz) sowie in entsprechender Anwendung die Vorschriften des § 35 SGB I und der §§ 67 ff. SGB X finden Beachtung. Es werden nur die Daten erhoben, verarbeitet und genutzt, die zur Erfüllung der Anfrage einschließlich der notwendigen Dokumentation erforderlich sind (Verwendungszweck); zu anderen Zwecken dürfen die Daten nicht verwendet werden. Eine Weitergabe (Übermittlung) anvertrauter oder gespeicherter Daten bedarf immer der Einwilligung der Leistungsberechtigten, sofern nicht eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder sofern die Daten für die Übermittlung nicht anonymisiert wurden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Klient / gesetzl. Betreuer/in\_\_\_\_\_  
PDL / PFK

<b>Erstellt/Name/Datum</b> Juliane Hoth 12.12.2018	<b>Überarbeitet/Name/Datum</b> Juliane Hoth 24.08.2021	<b>Freigabe/Unterschrift/Datum</b> René Schulz 27.09.2021	<b>Version</b> 2	<b>Seite 4 von 4</b>
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	---------------------	----------------------