



TAGESPFLEGE

Anmeldung

Name, Vorname	
Geburtsjahr	
Pflegestufe	
psychische Erkrankung	
geistige Behinderung	
Körperbehinderung	
sonstige Erkrankungen	
Verhaltensstörungen/Auffälligkeiten	
Grund für Tagespflege	
gewünschte Anwesenheit	

Ort:

Datum:

Betreuer:

Anschrift:

Telefon:

Unterschrift:

Anmeldung zur Tagespflege

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Name	(Familienname, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)		
2. Vorname(n)	(Rufnamen bitte unterstreichen)		
3. Wohnung Hauptwohnsitz angemeldet	(Postleitzahl)	(Wohnort, Gemeinde)	
	(Straße und Hausnummer)		
4. Nebenwohnung mit zweitem Wohnsitz angemeldet	(Postleitzahl)	(Wohnort, Gemeinde)	
	(Straße und Hausnummer)		
5. Derzeitiger Aufenthalt	(Postleitzahl)	(Wohnort, Gemeinde)	
	(Straße und Hausnummer)		
	bei wem?		
6. Geburtsdaten	am:	in:	Kreis/Land:
7. Familienstand			
8. Konfession			
9. Staatsangehörigkeit			
10. Beruf	erlernter Beruf:		
	zuletzt ausgeübt:		
11. Beruf des Ehepartners			
12. Kinder	Volljährige:	Minderjährige:	Verstorbene:
13. Angehörige (Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte sonstige Vertrauensperson angeben)	(Vor- und Zuname)	(Telefonnummer)	
	(Postleitzahl)	(Wohnort, Gemeinde)	(Straße und Hausnummer)
a)			
14. wie verwandt?	(Vor- und Zuname)	(Telefonnummer)	
	(Postleitzahl)	(Wohnort, Gemeinde)	(Straße und Hausnummer)
b)			
15. wie verwandt?	(Vor- und Zuname)	(Telefonnummer)	
	Postleitzahl)	(Wohnort, Gemeinde)	(Straße und Hausnummer)
c)			
16. Betreuer	(Vor- und Zuname)	(Telefonnummer)	
	(Postleitzahl)	(Wohnort, Gemeinde)	(Straße und Hausnummer)
17. Krankenkasse	(oder sonstiger Kostenträger)		
18. Versicherungsverhältnis	(z.B. Rentner, freiw. Mitglied, Familienhilfe)		
19. bei Familienhilfe	(Name und Geburtstag des Versicherten, Arbeitgeber oder Versicherungsverhältnis)		
20. Mitglieds-Nr.:	(der Krankenkasse oder Aktenzeichen des Kostenträgers)		
21. Hausarzt	(Name, Anschrift, Telefonnummer)		
22. Wer ist im Notfall zu verständigen?	(Name, Anschrift, Telefonnummer)		

An

(Stempel des Heims / des Sozialamts)

Eingangsvermerke

Nr./AZ Bitte stets angeben!

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name <small>(Familiennamen, bei Frauen auch Geburtsname)</small>			
2. Vorname(n) <small>(Rufnamen unterstreichen)</small>			
3. Geburts-Datum			
4. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung d. Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Beherrschung d. Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei	
11. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
14. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
15. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
17. Körperliche Behinderung(en) - Art -			
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art -			
19. Diagnose			
20. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?*			
21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			

* aufgrund einer Röntgenaufnahme, die nicht älter als 3 Monate ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz Nachdruck und Nachahmung verboten!

Jungling - Verlag für Verwaltung und Behörden · München · Mannheim · Bonn · Hannover
Bestell-Nr. 37154 · Ärztlicher Fragebogen / Anmeldung zur Heimaufnahme

**Vereinbarung gemäß §§ 85 und 87 SGB XI zur Vergütung
von Leistungen der Tagespflege**

Zwischen

**Pflegeheim Birkenfeld GmbH
Eishäuser Straße 14
98646 Hildburghausen**

und

- AOK - Die Gesundheitskasse in Thüringen – Pflegekasse
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
als Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen bei den Ersatzkassen in Thüringen
- AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,
als Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen bei den Ersatzkassen in Thüringen
- BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Thüringen
- IKK Thüringen
- Knappschaft - Verwaltungsstelle ~~Chemnitz~~ *Frankfurt*
- Krankenkasse für den Gartenbau (handelnd für die Landwirtschaftliche
Krankenversicherung in Thüringen)

(nachstehend Pflegekassen genannt)

sowie

- Landesamt für Soziales und Familie
als Bevollmächtigte des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

wird für die Pflegeeinrichtung

**Tagespflege Pflegeheim Birkenfeld
Dammstraße 1
98646 Hildburghausen**

folgende Vereinbarung gemäß §§ 85 und 87 SGB XI zur Vergütung von Leistungen der
Tagespflege geschlossen.

§ 1 Grundsätze

- (1) Die Pflegekassen haben gemäß § 69 SGB XI im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten und schließen hierzu Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegeeinrichtungen.
- (2) Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels des SGB XI zu vergüten (§ 72 Absatz 4 SGB XI). Der Anspruch auf eine Vergütungsvereinbarung besteht, soweit und solange mit der Pflegeeinrichtung ein Versorgungsvertrag abgeschlossen wurde. Der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, das in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung vereinbarte und als notwendig anerkannte Personal einzusetzen und somit die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen (§ 80a Abs. 4 SGB XI).

§ 2 Leistungsumfang

- (1) Im Rahmen dieser Vereinbarung werden gemäß § 41 SGB XI die pflegebedingten Aufwendungen inklusive der notwendigen Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung und zurück, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege vergütet.
- (2) Zuzahlungen zu den vereinbarten Entgelten darf die Pflegeeinrichtung von den Pflegebedürftigen weder fordern noch annehmen. Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI bleiben davon unberührt.

§ 3 Pfllegesätze

- (1) Es werden folgende Pfllegesätze zur Vergütung von Leistungen der Tagespflege vereinbart:

Pfllegesatz in der Pflegestufe I	18,18	€/Tag
Pfllegesatz in der Pflegestufe II	30,40	€/Tag
Pfllegesatz in der Pflegestufe III	36,76	€/Tag

Diese Pfllegesätze erhöhen sich um den gemäß § 82a SGB XI für die oben genannte Pflegeeinrichtung geltenden Betrag zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege.

- (2) Die Pfllegesätze sind für alle Pflegebedürftigen, die in der Pflegeeinrichtung betreut werden, gültig. Eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig (§ 84 Absatz 3 SGB XI).

§ 4
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung

- (1) Als Entgelt für Unterkunft und Verpflegung, das vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen ist, wird ein Betrag von 9,34 €/Tag vereinbart (§ 87 SGB XI).
- (2) § 2 Absatz 2 sowie § 3 Absatz 2 gelten entsprechend.

§ 5
Geltungsdauer

Diese Vereinbarung wird für die Zeit vom 01.10.2005 bis 31.03.2006 geschlossen. Nach Ablauf dieses Zeitraumes gelten die vereinbarten Pflegesätze und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung bis zum Inkrafttreten einer neuen Vergütungsvereinbarung weiter (§ 85 Absatz 6 SGB XI).