Quirlsberg
Pflege & Wohnen

Merkblatt Kurzzeitpflege
Diese Seite bitte in der Aufnahme ausgefüllt und unterschrieben abgeben

1. Finanzierung

a) Leistungen der Pflegekassen

- Beantragen Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse die Leistung 42a SBG XI (gemeinsamer Jahresbetrag zur KZP / Verhinderungspflege), wenn eine Einstufung ab Pflegegrad 2 vorliegt.
- Die Abrechnung erfolgt zunächst anhand des bei der Aufnahme geltenden Pflegegrades.
- Ändert sich der Pflegegrad rückwirkend, wird die Abrechnung für die Kurzzeitpflege angepasst.
- **Vor Vertragsende abgebrochener Aufenthalt in der KZP** müssen die Kosten bis zum gebuchten Ende der Kurzzeitpflege selbst getragen werden
- **Besonderheit:** die Aufnahme und der Vertrag werden bei Beginn einer Reha oder Unterbringung in einer Senioreneinrichtung sofort beendet.
  Bei einem Krankenhausaufenthalt endet der Vertrag nicht mit sofortiger Wirkung. Bitte melden Sie sich in diesem Fall **umgehend** in der Aufnahme.

b) Eigenanteil

Nach Beendigung des Aufenthaltes erhalten Sie die Abrechnung aller anfallenden Kosten.
Gästen außerhalb des Landes NRW werden zusätzlich die Investivkosten berechnet.
Sie stellen sicher, dass die ungedeckten Kurzzeitpflegekosten ab dem Aufnahmetag für Frau/ Herrn _____ übernommen werden.
☐ Bei aufgebrauchten Leistungen der Pflegekasse erbitten wir **eine Woche vor Beginn** der Kurzzeitpflege wir eine **Vorauszahlung** auf u**nsere Bankverbindung.** Diese lautet:

Name: EVK Senioreneinrichtungsbetriebsgesellschaft gGmbH
Kontonr.: 3636724016 **BLZ:** 37062600 **IBAN:** DE98370626003636724016
BIC: GENODED1PAF **Verwendungszweck:** Name des Gastes, KZP

c) Leistungen des Sozialhilfeträgers

Um den Eigenanteil zu finanzieren, können Sie Sozialhilfe beantragen. In diesem Fall teilen Sie uns bitte **unbedingt** die Kontaktdaten (Name, Telefonnummer) Ihres Sachbearbeiters beim Sozialamt mit.

2. Vertrag

Vor dem Aufnahmetermin erhalten Sie von uns zwei Vertragsexemplare.
Bitte zu beachten, dass eine Aufnahme nur dann erfolgen kann, wenn

- **der von Ihnen (oder von Ihrem Bevollmächtigten/ Betreuer) unterschriebene Vertrag uns vorliegt und**
- **Ihre hausärztliche Versorgung während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege gesichert ist**

3. Inkontinenzmaterial (Produkte für 0,88 € pro Tag) wird ausschließlich von der Einrichtung bereitgestellt, um die reibungslose und qualitative Versorgung gewährleisten zu können

4. Medikamentenversorgung: Bitte hierzu das Informationsschreiben „Medikamentenversorgung in der Kurzzeitpflege“ zur Kenntnis nehmen.

5. Ärztliche Versorgung: Während der Kurzzeitpflege muss ein Hausarzt als Ansprechpartner zur Verfügung stehen, der Hausbesuche in unserer Einrichtung anbietet. Auch andere Ärzte können gerne in der Einrichtung behandeln. Eine Begleitung zu auswärtigen Arztterminen ist jedoch **nicht** möglich.

6. Telefonanmeldung gegen Gebühr (s. Vertrag) ☐ ja ☐ nein

7. Wäscheversorgung: Handtücher, Bettwäsche und Waschlappen **werden durch die Kurzzeitpflege gestellt**

8. Geld und Wertsachen: Für Geld und Wertsachen wird von der Kurzzeitpflege keine Haftung übernommen.

9. Anreise und Abreise: Diese werden selbst von den Angehörigen oder Betreuern organisiert.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, die oben benannten Informationen zur Kenntnis genommen zu haben.

_____ _____

Datum Unterschrift der Angehörigen

Quirlsberg
Pflege & Wohnen

Checkliste zum Einzug

Folgende Unterlagen/ Kopien werden sofort bei der Zusage des Kurzzeitpflegeplatzes benötigt

- ☐ alle Aufnahmeunterlagen, die Sie im Vorfeld durch die Aufnahmeberatung erhalten haben
- ☐ Kopie/ Scan des Pflegegradbescheids
- ☐ Kopie/ Scan des Antrags zu Kostenübernahme der Kurzzeitpflege **oder** der Bewilligung der Kostenübernahme Ihrer Pflegekasse
- ☐ Kopie/ Scan der Vorsorge- oder Betreuungsvollmacht/ Patientenverfügung
- ☐ Kopie/ Scan der Diagnoseaufstellung
- ☐ falls vorhanden Kopie/ Scan des Befreiungsausweises
- ☐ Kopie/ Scan des Personalausweises bzw. Ihrer Ausweispflichtbefreiung
- ☐ Kopie/ Scan der Krankenversicherungskarte

Name des zuständigen Hausarztes während des Aufenthaltes: _____

Bringen Sie bitte am Aufnahmetag folgende Sachen mit:

- ☐ Tabletten mit Medikamentenplan
- ☐ Salben mit Medikamentenplan
- ☐ Tropfen (z.B.: Augentropfen) mit Medikamentenplan
- ☐ Blasenkatheter mit Medikamentenplan
- ☐ Verbandsmaterial mit Medikamentenplan
- ☐ in Originalverpackung alle verordneten Medikamente, evtl. Verbandsmaterial, in ausreichender Menge für die gesamte Aufenthaltsdauer
- ☐ wenn Sie Diabetiker sind: das Blutzuckermessgerät und die zugehörigen Teststreifen; Nadeln, den Pen mit Medikamentenplan
- ☐ Marcumarpass
  - ☐ Ihre beim Hausarzt eingelesene Krankenversichertenkarte
  - ☐ die richterliche Genehmigung zu Fixierung – wenn notwendig
  - ☐ eigene Kosmetik- und Hygieneartikel
- ☐ Hilfsmittel (Rollator/ Rollstuhl, Kompressionsstrümpfe/ Kompressionswickel, Sauerstoffversorgung), wenn vorhanden bzw. wenn notwendig
- ☐ ausreichend Kleidung für einen evtl. täglichen Wäschewechsel. Wenn notwendig, klären Sie bitte, wer die Wäsche während Ihrer Abwesenheit wäscht
- ☐ 60,00 € Pfand für den Zimmerschlüssel – falls gewünscht

Wir freuen uns, Sie am Aufnahmetag um 10:00 Uhr

☐ im Haus An der Jüch ☐ im Haus Quirlsberg begrüßen zu dürfen.

Sollten Sie noch Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an!

☎ 02202/122-4890 (Aufnahmebüro) **E-Mail:** kontakt-altenpflege@evk.de **Fax:** 02202/122-4892