

Es informiert Sie
Heimaufnahmeabteilung Frau Sulanc
Zimmer : 6
Telefon (0202) /Fax (0202)
27558-516 / 27558-525
Sprechzeiten
Mo. bis Do.
8.00 bis 16.00 Uhr
Fr.
8.00 bis 14.00 Uhr
E-Mail:
aph.heimaufnahme@aph.wuppertal.de
Zeichen und Datum Ihres Schreibens:

Zeichen und Datum meines Schreibens:

1-0

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

Sie interessieren sich für eine Kurzzeit/Verhinderungspflege in einem unserer Alten-und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal.

Die Pflegekasse beteiligt sich bei vorliegendem **Pflegegrad 2 -5** nach Antragstellung entsprechend § 42 SGB XI an der Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege mit je max. 1.612,00 € bis zu max. 56 Tage pro Kalenderjahr.

Liegt ein **Pflegegrad 1** vor, kann von der Pflegekasse, entsprechend § 45b SGB XI, der Entlastungsbeitrag eingesetzt werden.

Liegt **kein Pflegegrad** vor, kann bei der Krankenkasse eine notwendige Ersatzpflege nach § 39c SGB V gestellt werden. Auch dieser gilt bis zu 56 Tage und max. 1.612,00 €. Der entsprechende Bescheid muss vor der Aufnahme vorliegen.

Anbei erhalten Sie die Antragsformulare für eine Kurzzeit/Verhinderungspflege. Bitte senden Sie die ausgefüllten Unterlagen mit folgenden Kopien

- Erklärung zur Kostenzusage der ungedeckten Heimkosten
- Mitteilung, ob Beihilfeberechtigung besteht
- Ärztliche Bescheinigung, ausgefüllt vom Hausarzt
- evtl. gerichtlicher Betreuungsbeschluss oder Vorsorgevollmacht
- Kostenzusage der Kranken/Pflegekasse

an folgende Anschrift:

Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal, Postfach 13 18 65, 42045 Wuppertal

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, können wir diese in einem persönlichen oder telefonischen Gespräch klären.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Frau Sulanc Heimaufnahmeabteilung

Bankverbindung
Stadtsparkasse Wuppertal 117 077 (BLZ 330 500 00)
IBAN: DE64 3305 0000 0000 1170 77 BIC: WUPSDE33

Telefax: (0202) 27558-525
Sie erreichen uns mit der Buslinie 645 Haltestelle Florastraße

§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1612 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

§ 45b SGB XI Entlastungsbetrag

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich.

Ggf. kann dieser Betrag auch nach Antrag des Versicherten zur Kurzzeitpflege eingesetzt werden.

§ 39c SGB V Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2018 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Einführung eines Anspruchs auf Leistungen nach dieser Vorschrift wiedergegeben werden.

Personelle Angaben für die Aufnahme in die städt. Alten- und Altenpflegeheime

Gewünschtes Haus / Einrichtung: _____

1. Personalien

Name, Vorname		Geburtsname (bei Frauen)	
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer			
Geburtsdatum	Geburtsort	Religion	Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		Datum	
Bezeichnung der Krankenkasse u. Versicherungsnummer			Pflegegrad

2. Einkommen (mtl.) und Vermögen -Unterlagen, wie Bescheide, Sparbuch usw. bitte vorlegen-

Art der Einkünfte, z. B. Rente, Pension	Renten- bzw. Aktenzeichen	Betrag monatlich	ab wann (Datum)
		€	
		€	
		€	
		€	
Bezeichnung des sonstigen Einkommens			€
Sparguthaben €	Ersparnisse - bar - €	Sonstiges Vermögen (Haus- und Grundbesitz)	
Übertragenes Vermögen, wenn ja, wann und an wen			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

3. Familienangehörige, Verwandte, Betreuer, Bevollmächtigter, Hausarzt

Nächste/r Angehörige, z.B. Ehegatte, Kind : Name, Vorname	Geburtsdatum		Telefon-Nr.
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer			
Sonstige Angehörige: Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Haus-Nr.), Telefon-Nr.			
Bevollmächtigter () Betreuer () Name, Anschrift		Betreuung eingeleitet am	Aktenzeichen
Hausarzt:			
ständig behandelnde Fachärzte:			

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben: _____

Datum Unterschrift

Heimaufnahme personelle Angaben

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der zentralen Heimverwaltung der Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal

Name, Vorname, Geburtsdatum:				
Anschrift:				
Mitglied in Krankenkasse	Ja	Nein	Welche?	
Betreuung	Ja	Nein	angeregt?	Betreuerin / Aktenzeichen:
Vollmacht	Ja	Nein	bevollmächtigte Person:	
Pflegegrad bekannt?	Ja	Nein	Welcher ?	
in meiner Behandlung seit:				
Zur Zeit in stationärer Behandlung? Krankenhaus:				

Diagnosen:				
infektiöse Erkrankung?	Ja	Nein	Welche ?	
psychiatrische Erkrankung, z.B. Sucht, Demenz?	Ja	Nein	Welche ?	
Röntgenuntersuchung der Atmungsorgane innerhalb der letzten sechs Monate hat stattgefunden			_____	Nein
Befund				

Besonderheiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens:

Ernährung	selbständig?
	Schluckstörungen? PEG?
Körperpflege	selbständig?
	Hautprobleme? Dekubitusgefährdung? Liegt ein Dekubitus oder eine Wunden vor?
Ausscheidung	selbständig? Inkontinenz? Stoma? DK?
An- Auskleiden	selbständig?
Mobilität	Einschränkungen? welche? Steh- gehfähig, rollstuhlmobil ?
vitale Funktionen aufrecht erhalten	Atemprobleme? Tracheostoma? regelmäßige med.- pflegerisch. Maßnahmen erforderlich wie Sauerstoffgaben, Absaugen, Injektionen..... welche?
für eine sichere Umgebung sorgen	Besonderheiten? Fixierung erforderlich? ? genehmigt? Verlässt das Haus und findet nicht zurück? Beschützender Wohnbereich erforderlich?
ruhen, schlafen	Nächtliche Unruhen? Schlafstörungen?
Kommunikation, soziale Bereiche sichern...	Hörschwäche?
	Sehschwäche?
	Sprachprobleme?
	Orientierungsprobleme?
	Kommunikationsprobleme?
	Andere psychische Probleme (z.B. Abwehrhaltung, herausforderndes Verhalten, Ängste, Unruhen...)

Datum, Ort

Stempel, Unterschrift, Arzt/Ärztin

Wuppertal,

Alten- und Altenpflegeheime
der Stadt Wuppertal
Vogelsangstr. 52
42109 Wuppertal

Erklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, die ungedeckten Heimpflegekosten für die Unterbringung

von Herrn/Frau _____

im Altenpflegeheim _____

für den Zeitraum vom _____ bis _____ zu übernehmen.

Die Abrechnung erfolgt nach dem jeweils festgestellten Pflegegrad.

Sollte kein Pflegegrad bestehen, wird die Abrechnung nach dem tatsächlichen Pflegeaufwand erfolgen.

Wir weisen darauf hin, dass bei einem Krankenhausaufenthalt ab dem 1. Tag der vollen Abwesenheit kein Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse sowie der Erstattung der Investitionskosten besteht. Diese Kosten sind dann selbst zu tragen.

Hinweise (siehe auch Informationen zur Kurzzeitpflege) :

- **Die Pflegekasse beteiligt sich bei den Pflegegraden 2,3,4,5 entsprechend § 42 SGB XI an der Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege mit je max. 1.612,00 € bis zu max. 56 Tage pro Kalenderjahr.**
- **Liegt ein Pflegegrad 1 vor kann vom Versicherten oder seiner rechtlichen Vertretung bei der Pflegekasse entsprechend § 45b SGB XI eine Ersatzleistung beantragt werden.**
- **Liegt kein Pflegegrad vor, kann bei der Kranken-/ oder Pflegekasse eine notwendige Ersatzpflege nach § 39c SGB V gestellt werden. Auch dieser gilt bis zu 56 Tage und max. 1.612,00 €**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben schreiben

Name, Vorname

Anschrift

Datum, Unterschrift