

3. Kostenträger

Zutreffendes bitte ankreuzen: Die nicht durch die Pflegekasse gedeckten Kosten werden
aufgebracht durch: Zuzahlung aus Barvermögen ergänzende Sozialhilfe
Antrag auf Kostenübernahme der nicht gedeckten Kosten wurde beim Sozialamt gestellt? Ja Nein

4. Angehörige und Ansprechpartner während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax _____

E-mail _____

Bezug zum Pflegebedürftigen _____

Name, Vorname _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon Nr. privat _____

Telefon Nr. mobil _____

Telefon Nr. dienstlich _____

Fax _____

E-mail _____

5. Hausarzt

Name _____

Telefon Nr. _____

Telefon Nr. _____

Fax _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Wird der Arzt bei Bedarf einen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege machen? Ja Nein

6. Facharzt

Name _____

Fachrichtung _____

Telefon Nr. _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Ort _____

Wird der Arzt bei Bedarf einen Hausbesuch in der Kurzzeitpflege machen? Ja Nein

Der ärztliche Fragebogen liegt der KZP bereits vor Ja Liegt bei

Ort, Datum _____

Unterschrift des Pflegebedürftigen/seines gesetzlichen Vertreters _____

Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) schriftlich ausgehändigt wurden.

Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.

