

Kurzzeitpflege Anmeldung bei Wiederholung (bitte alle Angaben ausfüllen)

| | | | |
|--|----------------------------|---|---|
| Vorname, Name des Gastes | | Datum des Kurzzeitpflegeaufenthaltes | |
| | | Von: | Bis: |
| Adresse des Gastes | | | |
| | | | |
| Geburtsdatum | | Zimmer: | Familienstand: |
| | | | |
| Angehöriger | | | |
| Name: | | | |
| Anschrift: | | | |
| | | | |
| Tel.-Nr.: | | | |
| Ansprechpartner während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege | | | |
| Name: | | | |
| Anschrift: | | | |
| | | | |
| Tel.-Nr.: | | | |
| Betreuer / Bevollmächtigter | | | |
| Name: | | | |
| Anschrift: | | | |
| | | | |
| Tel.-Nr.: | | | |
| Pflegegrad | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeit-/Verhinderungspflege in Anspruch genommen? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Restanspruch _____ Tage/€ | |
| Pflegekasse Anschrift (nur bei Veränderung): | | Rechnungsanschrift (nur bei Veränderung): | |
| | | | |
| Vers.-Nr. (nur bei Veränderung): | | | |
| | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> | | Nein <input type="checkbox"/> | |

Ort, Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG) vermittelt worden sind und mir schriftlich ausgehändigt wurden.
Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.