

Aufenthalt vom.....bis.....

Im laufenden Kalenderjahr:

- noch keine Kurzzeitpflege
 bereits Kurzzeitpflege fürTage

Tel. 09732/7886-0
Fax. 09732/7886-122

ANMELDUNG zur KURZZEITPFLEGE

Diesen Antrag nur mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden oder abgeben.

Alle Fragen bitte **vollständig und wahrheitsgemäß** beantworten.

Familienname:
(bei Frauen auch Geburtsname angeben)

Vorname(n):

Wohnung:
(Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)

Familienstand: **Konfession:**

Staatsangehörigkeit:

Geboren am: **in:**.....

zuletzt ausgeübter Beruf:

Eheschließung am: **in:**.....

Ehegatte:

(Name, Vorname, Adresse, Tel.)

Angehörige:

.....
(wie verwandt)

.....
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Hausnummer)

.....
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

Angehörige:

.....
(wie verwandt)

.....
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Hausnummer)

.....
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

Bei weiteren Angehörigen, bitte Extrablatt beigeben. Falls keine Angehörigen vorhanden, bitte eine Vertrauensperson benennen.

Bestallter Pfleger/Vormund:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Straße, Hausnummer)

.....
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

(Bitte Bestallungsurkunde vorlegen)

Krankenkasse: (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)

.....

Mitgliedsnummer:

Eingestuft in Pflegegrad:

Rezeptgebührenbefreiung ja nein

Name des Hausarztes:

Anschrift:

.....

Diät notwendig?

Welche?

Warum?

.....
.....
.....

Bitte legen Sie spätestens am Tag des Einzuges nachfolgende Bescheinigungen, Erklärungen, Ausweise usw. der Heimverwaltung vor:

- Bescheinigung über die Befreiung von der Verordnungsblattgebühr
- Einzugsermächtigung
- Krankenversicherungskarte
- Bescheinigung über den Pflegegrad
- Patientenverfügung
- Betreuung/Vollmacht

Ich/wir erkläre(n), dass alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet sind.

....., den2017

.....
(Unterschrift des Antragstellers)

Bitte überprüfen Sie vor Abgabe ob alle Fragen beantwortet und die Unterlagen vollständig sind.