

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.

