

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 (WBVG) vermittelt worden sind und mir schriftlich ausgehändigt wurden.
Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.

