



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 1	2	3	4	5
Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeit-/Verhinderungspflege in Anspruch genommen?			nein 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"/>				

Liegt ein Covid-19 Impfnachweis vor?

Ja Nein

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.