Cellitinnen-Seniorenhaus
Hermann-Josef-Lascheid

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 ☐ Nein ☐

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.