

## Anmeldung zur Kurzzeitpflege

### Angaben zum Pflegebedürftigen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

### Angaben zu den Kostenträgern

Pflegestufe: \_\_\_\_\_ beantragt am: \_\_\_\_\_  
Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertenr.: \_\_\_\_\_  
Selbstzahler: \_\_\_\_\_ Sozialamt: \_\_\_\_\_  
Antrag zur Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse gestellt am: \_\_\_\_\_

### Angaben zu den Ärzten

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Fachärzte: \_\_\_\_\_

### Angaben zu der Unterbringung

Termin zur Aufnahme: \_\_\_\_\_ Ende der Kurzzeitpflege am: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Betreuung

Betreuer: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

### Angaben zu Angehörigen (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Angaben zu vorhandenen Dokumenten

	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges:	_____	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Telefon:** 02655 / 93 92 - 10 15 | **Fax:** - 19 | **E-Mail:** info@seniorenzentrum-weibern.de