

## Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Vor- und Zunamen: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Derzeit. Aufenthalt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Kirchengemeinde: \_\_\_\_\_

Angehörige: a) Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

b) Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gerichtl. Betreuer: Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

wenn ja Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

Hausarzt/ Arzt während \_\_\_\_\_

des Aufenthalts \_\_\_\_\_

Liegt eine Befreiung von Zuzahlung zu Rezeptgebühren vor?  ja  nein

Gewünschter Termin des Kurzeitaufenthaltes: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1 -  2 -  3 -  4 -  5 -  noch nicht eingestuft

Kostenträger: Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Wird Unterstützung durch das Sozialamt beantragt?  ja  nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kurzzeitgastes