

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Vor- und Nachname: _____

Geburtsname: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Derzeit. Aufenthalt: _____

_____ Telefon: _____

Geburtsdatum/-ort: Datum: _____ Ort: _____

Familienstand: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Konfession: _____ Kirchengemeinde: _____

Angehörige: a) Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Beziehung: _____

Vorsorgevollmacht: ja nein

b) Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Beziehung: _____

Vorsorgevollmacht: ja nein

Gerichtl. Betreuer: ja nein

wenn ja: Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Wirkungskreis: _____

Arzt (aus Viernheim) 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 und Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Kurzzeitgastes