

## 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