

**Kurzzeitpflege**

**Anmeldung bei Wiederholung (bitte alle Angaben ausfüllen)**

<b>Vorname, Name des Gastes</b>		<b>Datum des Kurzzeitpflegeaufenthaltes</b>	
		Von:	Bis:
<b>Adresse des Gastes</b>			
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Zimmer:</b>	<b>Familienstand:</b>
<b>Angehöriger</b> Name: Anschrift:  Tel.-Nr.:			
<b>Ansprechpartner während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege</b> Name: Anschrift:  Tel.-Nr.:			
<b>Betreuer / Bevollmächtigter</b> Name: Anschrift:  Tel.-Nr.:			
<b>Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeit-/Verhinderungspflege in Anspruch genommen?</b>		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Restanspruch _____ Tage/€	
<b>Pflegekasse Anschrift</b> (nur bei Veränderung):		<b>Rechnungsanschrift</b> (nur bei Veränderung):	
<b>Vers.-Nr.</b> (nur bei Veränderung):			
<b>Zutreffendes</b> 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 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			

Liegt eine Covid-19 Impfnachweis vor?

Ja  Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG) vermittelt worden sind und mir schriftlich ausgehändigt wurden.  
**Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.**