

**G 4.1.**

**Anmeldung zur Kurzzeitpflege**

<b>Datum</b>	
--------------	--

<b>Datum Kurzzeitpflege</b>	von		bis	
-----------------------------	-----	--	-----	--

Name			
derzeitiger Aufenthalt			
Adresse des letzten Wohnsitzes			
Geburtsdatum		Geburtsname	
Geburtsort		Familienstand	seit:
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Eilantrag <input type="checkbox"/> §39c SGB V		

Angehörige 1		Telefon	
		Mobil	
		Bezug	
E-Mail			

Angehörige 2		Telefon	
		Mobil	
		Bezug	
E-Mail			

rechtlicher Betreuer / Bevollmächtigter		Telefon	
		Mobil	
		Wirkungskreis	
E-Mail			
Vorsorge- / Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Bisheriger Hausarzt		Telefon	
Arzt im Heim			

Krankenkasse <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat		Versicherten-Nr.	
		Rezeptgebühren befreit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegewohngeld	

**Bitte wenden!** →

**G 4.1.**

Barbetrag- verwaltung	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht	Friseur	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
		Fußpflege	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht

Bestatter	
Nachlassempfänger	

Zimmerwunsch	
Bemerkungen	

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

Unterschrift \_\_\_\_\_