

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

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

Ort, Datum

Unterschrift

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