

## St. Andreas Kurzzeitpflege - Anmeldeformular

Seite 01

### ■ Persönliche Daten

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Anschrift vor Einzug: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Fon: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

### ■ Rechnungsempfänger

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### ■ Betreuer:in lt. Betreuungsrecht / Bevollmächtigte:r

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Fon, privat: \_\_\_\_\_ Fon, dienstlich: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Beziehung: \_\_\_\_\_

### Angehörige

■ Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Fon, privat: \_\_\_\_\_ Fon, dienstlich: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad/Beziehung: \_\_\_\_\_

### ■ Krankenkasse

Name: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Fon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

## St. Andreas Kurzzeitpflege - Anmeldeformular

Seite 02

### Hausarzt:ärztin

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Fon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### Wichtige Informationen und Hinweise

Einzureichende Unterlagen zum Vertragsbeginn:

- Bescheinigung nach Infektionsschutz
- Aktueller Medikationsplan/Diagnose | ausgestellt vom ärztlichen Dienst
- Bescheinigung Pflegegrad
- Patientenverfügung / Palliativausweis
- Vorsorgevollmacht / Betreuungsurkunde
- Personalausweis
- Krankenkassenkarte / Befreiungsausweis
- Kostenübernahmeerklärung der Pflegeversicherung über die Kurzzeitpflege, ggf. Verhinderungspflege

Ist eine kostenpflichtige Reservierung bei Krankenhausaufenthalt gewünscht?  Ja  Nein

Ist ein kostenpflichtiger Friseurbesuch gewünscht?  Ja  Nein

Die Anmeldung ist für den Zeitraum: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**ABSENDEN** ▶