



Katholisches Seniorenheim „Edith Stein“ Auerbachstraße 3, 07549 Gera
Tel. 0365 / 7343 0 / Fax: 0365 7343 – 666 / www.seniorenheim-edith-stein.de

Antrag auf vorübergehende Unterbringung im Seniorenheim - Kurzzeitpflege-

Um die vorübergehende stationäre Aufnahme wird gebeten für den Zeitraum:

vom:bis:

Grund:

Bei nicht Einhalten des von Ihnen bestätigten Zeitraumes, wird eine tägl. Umlage (Investitionskosten, Unterkunft und Azubi- Kosten) in Rechnung gestellt.

Name: Geb. Name:

Vorname:

Geburtsdatum:..... Geburtsort:

Fam. Stand:..... Konfession:.....

PLZ / Wohnort:.....

Strasse/ HNr.:.....

Tel.:

Krankenkasse: _____ **Anschrift:** _____

Pflegegrad: _____ seit: _____ **Krankenvers. Nr.** _____

Antrag auf Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse gestellt? ja / nein

Körperliche oder seelische Verfassung / chronische Erkrankungen,
körperliche, geistige Behinderungen, Diabetes usw.

Anschrift der Angehörigen / Betreuer etc.:

Name: Verw. Verhältnis:

Vorname:..... Telefon:

Handy:
Anschrift:

Anschrift der Angehörigen / Betreuer etc.:

Name:	Verw. Verhältnis:
Vorname:	Telefon:
	Handy:
Anschrift:	
.....	

Es liegt eine Betreuerurkunde/ Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung/ Generalvollmacht etc. vor:

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Ich erkläre ausdrücklich mein Einverständnis, meine/n Angehörige/n nach genannten Zeitraum, wieder wie bisher, in der häuslichen Umgebung zu betreuen.

Datum: Unterschrift:

Urlaubsanschrift/Telefon:

Hausarzt:

Bitte schnellstmöglich zurückzusenden!

Der Antrag auf Kurzzeitpflege wird erst nach Posteingang in unserem Hause wirksam.

Sonstiges:
