

Anmeldung KURZZEITPFLEGE

Bezirksseniorenhaus Gramastetten

BEWERBER:	
Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Religion	
Staatsbürgerschaft	
Wohnadresse	
Telefon	
SV-Nummer	
Pensionsversicherung	
Krankenversicherung	
Pflegegeldstufe	
Rezeptgebührenbefreiung	Ja Nein
BETREUER:	
Name	
Vorname	
Adresse	
Telefon	
Verwandtschaftsgrad	
BETREUUNG:	
Inkontinenz	Ja Nein
Gehfähig	Ja Nein
Hilfe beim Essen	Ja Nein
Demenz	Ja Nein
Orientierung	Ja Nein
Krankenhaus	Nein Ja
RESERVIERUNG	
Zimmer	
Von	
Bis	
Wäsche zu Artegra	Ja Nein Chem.Rein. Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift Antragsteller: _____

BEILAGEN

- ❖ E-Card
- ❖ Pensions- /Pflegegeldbescheid
- ❖ **Medikamentenaufstellung mit ärztl. Bestätigung**
- ❖ Inkontinenzmaterial
- ❖ Toiletteartikel
- ❖ Persönliche Wäsche, Bekleidung, Schuhe
- ❖ Rollator, Rollstuhl, ...