

Anmeldung Kurzzeitpflege BSH Hellmonsödt



BEWERBER:

Name		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Religion		
Staatsbürgerschaft		
Wohnadresse		
Telefon		
SV-Nummer		
Pensionsversicherung		
Krankenversicherung		
Pflegegeldstufe		
Rezeptpflicht	Ja	Nein

BETREUER:

Name		
Vorname		
Adresse		
Telefon		
Verwandtschaftsgrad		
BETREUUNG:		
Inkontinenz	Ja	Nein
Gefähig	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. Reinigung	Ja	Nein

Datum: _____ Zeichen: _____

Unterschrift Antragsteller: _____

BEILAGEN:

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