Hausgemeinschaften
St. Augustinus
Eine Einrichtung der Stiftung
der Cellitinnen zur hl. Maria

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 ☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4 ☐ 5
Wurde im laufenden Kalenderjahr bereits Kurzzeit-/Verhinderungspflege in Anspruch genommen?		☐ nein ☐ ja Restanspruch_____Tage/€	
Pflegekasse Anschrift (nur bei Veränderung): **Vers.-Nr**. (nur bei Veränderung):		**Rechnungsanschrift** (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 ☐ Nein ☐			

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.

Cellitinnen
Der Mensch in guten Händen