

Angaben zum Kurzzeitpflegegast

Bürgerspital z. Hl. Geist
Seniorenberatung
Sammelstraße 2-4

97070 Würzburg

Die Angaben werden ausschließlich für die Heimaufnahme und die spätere Pflege, Betreuung und Versorgung erhoben. Sie werden **streng vertraulich** behandelt.

1. Kurzzeitpflegegast:

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Geb.Datum _____ Geb.Ort _____

Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____ Telefon _____

Familienstand: led./ verh./ verw./ gesch. ehemaliger Beruf _____

2. Anschrift:

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

3. **Betreuung:** nein beantragt ja* *) Bitte Kopie des Beschlusses beifügen

4. Anschrift der nächsten Verwandten / Angehörigen, des Betreuers:

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Tel. _____

Urlaubsanschrift und Tel. _____

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Tel. _____

Name, Vorname des Kurzzeitpflegegastes _____

5. Krankenkasse/ Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

Anschrift: _____

6. Pflegebedürftigkeit:

nicht pflegebedürftig Pflegegrad* _____ *) Bitte Kopie des Bescheids beifügen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt: ja noch kein Bescheid nein

7. Hausarzt (mit der Bereitschaft, die medizinische Versorgung in der Einrichtung zu übernehmen):

Name _____ Vorname _____ Tel. _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

8. gewünschter Zeitraum:

9. Bemerkungen: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass die zuständigen Mitarbeiter der Verwaltung und der Einrichtung für die Aufnahme und die Betreuung, Versorgung und Pflege in der Einrichtung von allen notwendigen Unterlagen Kenntnis erhalten. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte diesen Mitarbeitern gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

wie unter 1. angeführt bzw. gesetzlicher Vertreter