BÜRGERSPITAL
WÜRZBURG

Angaben zum Kurzzeitpflegegast

Stiftung Bürgerspital z. Hl. Geist
Theaterstraße 19
97070 Würzburg

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

1. Kurzzeitpflegegast:

Name _____

Vorname_____ Geb.Datum _____

Konfession (und dem Wunsch der seelsorgerischen Kontaktaufnahme)_____

2. Anschrift:

Straße_____Hausnummer_____

Postleitzahl _____Wohnort_____

Telefon _____E-Mail _____

3. Betreuung: nein ☐ ja ☐ beantragt ☐

4. Bezugspersonen/ Betreuer/ Bevollmächtigte:

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Tel. _____

Urlaubsanschrift und Tel. _____

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Verwandtschaftsverhältnis _____ Tel. _____

_____

Name, Vorname des Kurzzeitpflegegastes

5. Krankenkasse/ Pflegekasse: _____

Anschrift: _____

6. Pflegebedürftigkeit (SGB XI):

Pflegebedürftigkeit (bitte Pflegegrad angeben):_____

nicht pflegebedürftig ☐ Antrag auf Pflegeleistungen gestellt ja ☐ nein ☐

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

Name_____

Vorname_____Telefon_____

Praxisadresse:

Straße_____Hausnummer_____

Postleitzahl_____Ort_____

8. gewünschter Zeitraum: _____

9. Bemerkungen: _____

_____

Ort: _____Datum: _____Unterschrift: _____

wie unter 1. angeführt bzw. gesetzlicher Vertreter