

Anmeldung Kurzzeitpflegeplatz

Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“
Seniorenzentrum „Rheindorf“

Anmeldung Kurzzeitpflegeplatz

vom _____ bis _____

Für Herrn/Frau _____
Name/Vorname; Geburtsname

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Pflegegrad: _____

Wohnhaft in: _____

Familienstand: _____ Konfession _____ Nationalität: _____

Krankenkasse: _____ Rezeptgebührenbefreiung: ja nein

Hausarzt: _____
Name; Telefon/ Fax

Adresse

Gerichtlicher eingesetzter Betreuer: _____

Kontaktadresse Betreuer:

Vor- und Zuname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon /Fax	
Mobiltelefon	
E-Mail	

Ich verpflichte mich, dass der Kurzzeitpflegegast zu dem oben vereinbarten Termin gebracht und wieder abgeholt wird. Mir ist bekannt, dass für mitgebrachte persönliche Gegenstände seitens des Hauses keine Haftung übernommen wird. Sollten Pflegekasse/Sozialhilfeträger nicht zahlen oder nur einen Teilbetrag der Tagespflegekosten/-Kurzzeitpflegekosten übernehmen, so verpflichte ich mich/verpflichten wir uns, das restliche Leistungsentgelt zu zahlen, sofern der Bewohner/die Bewohnerin den Betrag nicht aufbringen kann.

Datum

Unterschrift des nächsten Angehörigen

Unterschrift Kurzzeitpflegegast