



Spital- und Pfründefonds Kanderne

Luise-Klaiber-Haus

Tel. 07626/9155-0 Fax 9155-42

E-Mail: info@luise-klaiber-haus.de

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Name (Bewohner)

(Nachname)

(Geburtsname)

(Vorname)

Bisherige Adresse

(Straße)

(PLZ, Ort)

Telefon

(Vorwahl/Nummer)

Beruf

Geb.-Datum

Geb.-Ort

Familienstand

Konfession

Staatsang.

Betreuer/Bevollmächtigter

(Name, Anschrift, Telefon)

Gewünschte Kurzzeitpflege vom

bis zum

Anreisezeit

Abreisezeit

Hausarzt

(Name, Anschrift, Telefon)

Krankenkasse

Vers.-Nr.:

Rezeptgebührenbefreiung

ja

für das Jahr 20__

nein

Corona-Schutzimpfung vorhanden

ja

nein

Pflegegrad †

1 2 3 4 5

†

Kostenträger:

Sozialhilfe

Selbstzahler

Rechnungsempfänger: _____

**Allgemeine Hinweise,
Bemerkungen und
Ergänzungen/Wünsche** _____

Angehörige

a) Ehegatte _____
(Name, Anschrift, Telefon)

b) Kinder _____
(Name, Anschrift, Telefon)

c) Sonstige _____
(Name, Anschrift, Telefon)

Wir bitten folgendes zu beachten:

Wir empfehlen den Abschluss einer Haftpflicht- und Hausratsversicherung.

Für mitgebrachte Wertgegenstände (z.B. Schmuck) kann keine Haftung übernommen werden. Wir bitten jedoch um Angabe der mitgebrachten Wertgegenstände.

_____, den _____

(Unterschrift Antragsteller)