

Besteht eine

- Vorsorgevollmacht: Name: _____ Bescheid liegt in Kopie vor
- Patientenverfügung Kopie liegt vor
- Betreuer (nach Betreuungsrecht) Name: _____ Telefon _____
Kopie liegt vor
- Betreuung bei Gericht beantragt

Finanzierung

Ansprechpartner für finanzielle Angelegenheiten: _____ Vollmacht

Zahlung bei der KZPF für Unterkunft/Verpflegung

- aus eigenem Einkommen
- Kostenübernahme aus Sozialhilfemitteln
- Sozialhilfeantrag gestellt am: _____

Zahlung vollstationäre Pflege

- aus eigenem Einkommen
- Kostenübernahme mit Pflegewohngeld
- Kostenübernahme aus Sozialhilfemitteln
- Sozialhilfeantrag gestellt am: _____

Das Konzept: Regelungen zur ärztlichen Versorgung nach § 114 SGB XI wurde ausgehändigt.

Bitte beachten Sie, dass Sie die Inkontinenzmaterialien in der Kurzzeitpflege sowie Verhinderungspflege mitbringen müssen, andernfalls werden diese in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Einzug am: _____ **WB/Zimmer** _____

Telefon gewünscht? KZPF /Vollstationär (Flatrate 15,00€ im Monat)

- ja nein

Besonderheiten:

Aufmerksam geworden durch:

- Verwandte
- Freunde/ Bekannte
- Krankenhaus
- Homepage
- Arzt
- Betreuer

- Ambulanter Dienst

- Sonstiges

- Werbung
Plakate/ Zeitung