



**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 Pflegegeld
- 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 (Flatrate 0,50€ am Tag)  ja  nein**

**Telefon gewünscht? 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