

## Angaben zum Kurzzeitpflegegast

Bürgerspital z. Hl. Geist  
Seniorenberatung  
Sammelstraße 2-4

97070 Würzburg

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

### 1. Kurzzeitpflegegast:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geb.Datum \_\_\_\_\_ Geb.Ort \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Familienstand: led./ verh./ verw./ gesch.      ehemaliger Beruf \_\_\_\_\_

### 2. Anschrift:

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

3. **Betreuung:**    nein          beantragt        ja\*          \*) Bitte Kopie des Beschlusses beifügen

### 4. Anschrift der nächsten Verwandten / Angehörigen, des Betreuers:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Urlaubsanschrift und Tel. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kurzzeitpflegegastes

5. Krankenkasse/ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**6. Pflegebedürftigkeit:**

nicht pflegebedürftig  Pflegegrad\* \_\_\_\_\_ \*) Bitte Kopie des Bescheids beifügen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt: ja  noch kein Bescheid  nein

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

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

**8. gewünschter Zeitraum:**

\_\_\_\_\_

9. Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass die zuständigen Mitarbeiter der Verwaltung und der Einrichtung für die Aufnahme und die Betreuung, Versorgung und Pflege in der Einrichtung von allen notwendigen Unterlagen Kenntnis erhalten. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte diesen Mitarbeitern gegenüber von ihrer Schweigepflicht.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

wie unter 1. angeführt bzw. gesetzlicher Vertreter