



Ansprechpartner Frau Schumann , Tel. 03998/25833-0 – Fax: 03998/25833-333

Anmeldung zur Urlaubspflege

Name: _____ Vorname(n): _____

Wohnsitz/ Strasse: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____

Gewünschter Aufenthalt: von _____ bis _____

Angehöriger:

(Bitte geben Sie uns eine Telefonnummer, unter der wie Sie auch im Urlaub erreichen können bzw. einen Ansprechpartner für die Urlaubszeit.)

Name: _____

Tel. _____

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Pflegestufe: _____

Hausarzt: _____

der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei

Antrag auf Urlaubs- bzw. Verhinderungspflege bei der zuständigen Pflegekasse wurde gestellt:

ja nein

Bewilligung von der Pflegekasse liegt vor:

ja nein wird nachgereicht

Angaben zum Betreuungs-,
Pflegebedarf:

Hilfe bei der Körperpflege : Ja Nein

Hilfe bei der Ausscheidung: Ja Nein

Hilfe beim Gehen: Ja Nein

Hilfe beim Essen und Trinken: Ja Nein

Eine ständige Beaufsichtigung ist Ja Nein

notwendig: Ja Nein

Orientierungsstörungen liegen vor: Ja Nein

Medizinische Versorgung mit:

Beatmungsgerät Ja Nein

Sauerstoffgabe Ja Nein

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers

