

Liegen **Besonderheiten** vor? (z. B. Allergien, ansteckende Krankheiten...)

.....
.....

Hausarzt:

Name und Anschrift:

Telefon/Fax/E-Mail:

.....
.....

Kostenträger:

- Privatvermögen
- Das zuständige Sozialamt in
- Die Kostenpflichtenerklärung des Sozialamtes
- liegt bei
- muss noch beantragt werden
- wurde beantragt am.....

Rechnungsanschrift.....
.....
.....

Inkontinenzmaterial (Kurzzeit/VHP)

- von zuhause
- Kontinent

Name und Anschrift **der Pflegekasse / Krankenkasse:**

.....

Krankenversicherungs-Nummer:.....

- gesetzlich versichert
- privat versichert

Bitte **Krankenversicherungskarte, Personalausweis, Schwerbehindertenausweis, Befreiungsausweis, Impfausweis,** falls Sozialhilfeempfänger **aktuellen Bescheid** mitbringen!

- Befreiungsausweis von Transport- und Medikamentenzuzahlung Ja Nein
- Friseur durch Einrichtung (Rechnungsstellung an Bewohner*in) Ja Nein
- Fußpflege durch Einrichtung (Rechnungsstellung an Bewohner*in) Ja Nein
- Telefon Festanschluss monatlich 9,90 € Ja Nein
- Safe monatlich 5,-€ + einmalig 25,-€ Einrichtungsgebühren Ja Nein
- Soll die Wäsche im Hause gewaschen werden? Ja Nein

Wenn ja, nur gekennzeichnete Wäsche.

- Soll die Wäsche von uns bezeichnet werden? Ja Nein

Wäschekennzeichnung einmalig 79,-€

Hinweis: Gegenstände aus dem Eigentum der Bewohner/innen (z.B. Fernseher, Schränkchen etc.) müssen durch die Angehörigen bezeichnet werden.

.....(Datum, Unterschrift)