

**Antrag auf Urlaubs-u.Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege
für den Zeitraum vom bis**

Name, Vorname: _____ **Geb.name:** _____

Wohnanschrift: _____

_____ **Telefon:** _____

geboren am: _____ **in:** _____

Familienstand: ledig / verheiratet / geschieden / verwitwet*

Staatsangehörigkeit: _____ **Religion:** _____

Krankenkasse: _____ **Vers.-Nr.:** _____

Pflegegrad: _____ (Bitte Kopie der Pflegestufe dem Antrag beilegen.)

Hausarzt: _____

Antragsgrund: Abwesenheit der Pflegeperson aufgrund (Zutreff. ankreuzen)

Urlaub Kur

Klinikaufenthalt

Sonstiges: _____

Besondere persönliche bzw. pflegerische Situation/ Bemerkungen: (ggf. auf gesond. Blatt)

Pflegeperson:

Name, Vorname: _____ Telefon- Nr. _____

Wohnanschrift: _____

Bei Abwesenheit: _____ Telefon- Nr. _____

Weitere Ansprechperson:

Name, Vorname: _____ Telefon- Nr. _____

Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis zur Urlaubs- und Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege im Städtischen Pflegeheim "Max Adrion" für o.g. Zeitraum sowie zur Absicherung des Wiedereinzugs in die Häuslichkeit am o.g. Auszugstag. Vertragsgrundlage ist die wahrheitsgemäße Information über den allgemeinen und Pflegezustand des Antragstellers. Veränderungen zwischen Antragsdatum und Beginn der Pflege sind der Einrichtung zu melden, da diese die Vertragsgrundlage ändern und die Überprüfung einer gegebenen Zusage für die Pflege des Antragstellers erfordern. Die Rechnungslegung erfolgt entspr. dem SGB XI und der vom Land Mecklenburg-Vorpommern in Kraft gesetzten Vorschriften. Der im Antrag angegebene Zeitraum ist vertragsbindend. Die Bestätigung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse ist dem Antrag beizufügen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Antragsteller

.....

Datum Bestätigung Pflegeheim