



Formular: Vorvertrag KUPF

Pflegezeitraum (wird vom Kurzzeitpflegehaus ausgefüllt): _____ bis _____

Vor- und Familienname: _____

Geburtsname, Datum und Ort: _____

Konfession: rk. ev. keine sonstige

Familienstand: ledig verwitwet verheiratet geschieden

Anschrift: _____

Rechnungsempfänger: _____

Krankenkasse: AOK DAK BEK IKK
 BKK sonstige: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Rezeptgebühr: nicht befreit befreit Privatrezept

Name des Hausarztes: _____ Tel.-Nr.: _____

Name des Facharztes: _____ Tel.-Nr.: _____

Pflegestufe: Stufe 0 Stufe I Stufe II Stufe III Härtsfall

Pflegeüberleitungsbogen liegt bei Ja Nein

wird vorgelegt am _____

Name und Anschrift des Ansprechpartners während des Aufenthalts

Tel.-Nr.: _____

Verwandtschafts- oder Bekanntschaftsverhältnis zum Gast:

Name und Anschrift des nächsten Angehörigen:

Tel.-Nr.: _____

Name und Anschrift des gesetzlichen Betreuers:

Tel.-Nr.: _____

Betreuerausweis (in Kopie): liegt bei wird nachgereicht (im Aufnahmegespräch)

Kostenträger Selbstzahler und Pflegekasse

Sozialamt und Pflegekasse

Kostenträger Sozialamt (bitte vollständige Adresse, Ansprechpartner und Telefonnummer)

Einzugsermächtigung: liegt bei wird nachgereicht (im Aufnahmegespräch)

Waren Sie schon einmal Gast in unserem Haus Ja Nein wann _____

Mönchengladbach, den _____

Unterschrift des Gast / Angehörigen / Betreuer