



Betreuungs- und Entlastungsangebote nach §45 SGB XI

Name, Vorname..... Pflegegrad: seit:

Versichertennummer:..... Krankenkasse:

Geb. am..... Kassenummer:

Aschrift:.....

Vorsorgevollmacht vorhanden?..... wenn ja, wo hinterlegt?.....

Patientenverfügung vorhanden?..... wenn ja, wo hinterlegt?.....

Telefon/mobil:

Kontaktperson

Name, Vorname..... Verwandtschaftsverhältnis:

Handy:

E-Mail:.....

Beginndatum:.....Wochentag.....Uhrzeit ab.....möglich

Wird Mittagsschlaf gehalten?.....

Wurde der Kombinationsantrag gestellt?..... Pflegedienst:

Wenn ja, bitte der Pflegekasse Bescheid geben, dass wir davon abrechnen.

Wurde die Verhinderungspflege beantragt?

Wie haben Sie von uns erfahren?