



# Anmeldung zur Kurzzeitpflege

Seniorenzentrum der Stadtgemeinde Reutte

Haus zum Guten Hirten

Allgäuer Straße 19, 6600 Reutte

T: +43 5672 72302 E: seniorenzentrum@reutte.at

**Zeitraum:** von:

bis:

**Aufnahmeuhrzeit:**

## Angaben zur Person:

Familienname:

Vorname:

Straße:

Hausnr./Tür:

PLZ:

Ort:

Telefonnr.:

SVNr.:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Geburtsort:

Geburtsname:

Personenstand:

Staatsangh.:

Hausarzt:

Pflegegeldbezug:

aus Österreich

Stufe:

seit:

noch keine

beantragt

Besteht eine ärztlich diagnostizierte Demenz?

Nein

Ja

Besteht eine Erwachsenenvertretung?

Nein

Ja

Besteht eine Vorsorgevollmacht?

Nein

Ja, aktiv

Ja, aber nicht aktiv

## Erste Kontaktperson:

ist Erwachsenenvertreter/in bzw. Vorsorgebevollmächtigte/r

Ja

Familienname:

Vorname:

Verwandtschaftsverhältnis:

Telefon:

E-Mail:

Straße:

Hnr./Tür:

PLZ:

Ort:

## Zweite Kontaktperson:

ist Erwachsenenvertreter/in bzw. Vorsorgebevollmächtigte/r

Ja

Familienname:

Vorname:

Verwandtschaftsverhältnis:

Telefon:

E-Mail:

**Grund der KZP:**  Übergangspflege (nach Krankenhausaufenthalt oder ärztliche Bestätigung liegt vor)  
 Entlastung der pflegenden Angehörigen (z.B.: Urlaub, Auszeit, etc.)

**Unterschrift** des Antragstellers oder dessen gesetzlichen Vertreters:

Ort, Datum

Unterschrift