

ANMELDUNG

Hiermit melde ich () Person(en) zu einem betreuten Urlaub in: _____ an

Geplanter Zeitraum ist zwischen dem: _____ und _____ 2008 () 2009 ()

das entspricht insgesamt: () Wochen. Ich (wir) planen Urlaub () Kur () AHB ()

ich / wir benötige (n) Einzelzimmer () Doppelzimmer () Appartement () Bungalow ()

(1.)

Name, Vorname: : _____ Geburtstag: _____ Pflegestufe: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ ORT: _____

Pflege/Krankenkasse : _____ Versichertennummer: _____

ich habe folgende Behinderung: _____

ich wohne in der Pflegeeinrichtung: _____

ich habe in diesem Jahr Verhinderungspflege / Ersatzpflegeleistungen d. Krankenkasse

nach dem § 39, SGB 11 (Ersatzpflegeleistungen während der Krankheits o. Urlaubsbedingten Abwesenheit der üblicherweise pflegenden

Person - jährlicher Anspruch = 1432,- € - maximal f. 28 Tage **Achtung !!! Anspruch verfällt zum Ende Kalenderjahr**

Achtung ! Hat nichts mit Kurzzeitpflege zu tun - Kurzzeitpflege gibt es nochmal extra - auch 28 Tage und ebenfalls 1432 €)

bereits für () Wochen in Anspruch genommen () noch nicht beansprucht

ich habe die Betreuungserschwerntzulage für an Demenz Erkrankte i. Höhe v. 460,- € pro Jahr

bereits in Anspruch genommen () noch nicht beansprucht ()

Achtung ! Anspruch auf diese Betreuungserschwerntzulage verfällt nicht automatisch zum Jahresende - Kann mit in das nächste Jahr genommen werden. Anspruchsberechtigt sind alle Personen mit diagnostizierter hochgradigen Demenz

Meine letzte ambulante / teilstationäre Kur () vollstationäre Kur () war im Jahr: _____

(2.)

Name, Vorname: : _____ Geburtstag: _____ Pflegestufe: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ ORT: _____

Pflege/Krankenkasse : _____ Versichertennummer: _____

ich habe folgende Behinderung: _____

ich wohne in folgender Pflegeeinrichtung: _____

ich habe in diesem Jahr Verhinderungspflege / Ersatzpflegeleistungen d. Krankenkasse

bereits für () Wochen in Anspruch genommen () noch nicht beansprucht

ich habe die Betreuungserschwerntzulage für an Demenz Erkrankte i. Höhe v. 460,- € pro Jahr

bereits in Anspruch genommen () noch nicht beansprucht ()

Meine letzte ambulante / teilstationäre Kur () vollstationäre Kur () war im Jahr: _____

Bitte senden Sie mir / uns den Demenz-Fragebogen für die Familienanamnese () den Antrag auf Verhinderungspflege ()
den Rollstuhlfragebogen () eine Kurort und Heil-Indikatoren Beschreibung für den Hausarzt ()
zu.

ORT: _____ Datum: _____ Unterschrift zu 1: _____

ORT: _____ Datum: _____ Unterschrift zu 2: _____

ORT: _____ Datum: _____ ggf. Unterschrift Betreuer: _____

Tel.: _____ Fax: _____ e-Mail: _____