



Antrag zur Kurzzeitaufnahme im Elisabethenheim

Kurzzeitzimmer Nr. _____ WB _____ Telefondurchwahl Nr. _____

Aufenthalt von bis

Name
Name/Vorname(n)

Adresse
Straße/PLZ/Ort

..... Telefon
Vorwahl/Nr.

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Konfession Staatsangehörigkeit

Hausarzt Telefon
Name/Vorname(n) Vorwahl/Nr.

Pflegekasse Pflegegrad

Rechnung an

Heimentgelt tägl. Eigenanteil lt. Pflegekasse

Angehörige a) Telefon
Name/Vorname(n) Vorwahl/Nr.

b) Telefon
Name/Vorname(n) Vorwahl/Nr.

Schwandorf, _____

Unterschrift Antragsteller

ABRECHUNG:

Heimentgelt Tage x € = €

davon Eigenanteil Tage x € = €

Anforderung Pflegekasse €

TELEFON:

Grundgebühr Tage x 0,51 € = €

Einheiten Einheiten x 0,15 € = €

Telefon gesamt €