Name: _____ _____	Geb.-Datum: _____	Pflegegrade: _____

Pflegeleistungen

Gemäss § 39 SGB müssen wir Ihrer Pflegekasse bestätigen, dass die Pflege weniger als 8 Std. pro Tag beträgt. Beachten Sie bitte folgende organisatorischen Hinweise:

die Morgenpflege beginnt frühestens ab 07.00 Uhr

- ► Morgenpflege (Wunschtermin) um ca.: _____ Uhr — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**
- ► **Reichen der Nahrung (kostenpflichtig)** EUR 18,00 pro Tag (3 Mahlzeiten) — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**
- ► Gruppenbetreuung vormittags von ca. 09.00 Uhr - 12.00 Uhr — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**
- ► Gruppenbetreuung nachmittags von ca. 14.30 Uhr - 18.00 Uhr — ja ☐ nein ☐ **bitte**
- ► **Bei Einzelbetreuung müssen Möglichkeiten und damit verbundene Mehrkosten geklärt werden!** **ankreuzen**
- ► Abendpflege (Wunschtermin) um ca.: _____ Uhr — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**

  die Abendpflege endet spätestens um 20.00 Uhr (wird gesondert durch die Sozialstation geleistet - und ist vor Anreise bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen)
- ► findet eine Tagbetreuung zu Hause statt? — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**

Die Unterbringung erfolgt in Appartements/ Ferienwohnungen mit 1 Schlafzimmer, Wohnzimmer, kleiner Küche, Dusche/WC, Terrasse oder Balkon

besondere Wünsche:

- ► **Unterkunft mit 2 Schlafzimmern (kostenpflichtig)** — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**
- ► **Unterkunft im Doppelzimmer oder Ferienhäuschen (Einraum)** 10 % pro Tag günstiger — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**

  Nicht für Rollstuhl und Pflegebett geeignet!
- ► **Pflegebett (kostenpflichtig) 16,00 pro Tag** — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**
- ► **Rollstuhlstellung für die gesamte Aufenthaltsdau (kostenpflichtig)** — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**
- ► Toilettenstuhl — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**
- ► Toilettensitzerhöhung — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**
- ► Duschhocker — ja ☐ nein ☐ **bitte ankreuzen**

weitere Hinweise _____ _____ _____ _____ _____ _____

Hobbys/ Vorlieben _____ _____ _____ _____ _____ _____

Besonderheiten _____ _____ _____ _____ _____ _____