

Bestätigung zur Vorlage bei der Pflegeeinrichtung bzw. dem Pflegedienst

Für

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

Leistungsbeginn

vollstationär

Datum ab
bettlägerig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sondennahrung: <input type="checkbox"/> ja, Abzugsbetrag täglich: _____ EUR <input type="checkbox"/> nein

***Hinweis:** Die Vorlage des Heimvertrages ist für Pflegeeinrichtungen innerhalb Sachsen-Anhalts nicht erforderlich. Soweit Ihre Einrichtung außerhalb Sachsen-Anhalts liegt, reichen Sie bitte alle gültigen Vereinbarungen ein (Pflegesatz, Ausbildung und Investitionskosten etc.).*

Kurzzeitpflege

Datum ab	bis
-------------	-----

Verhinderungspflege

Datum ab	bis
-------------	-----

Tages-/Nachtpflege

Datum ab

ambulant

Datum ab
<i>Hinweis: Bitte reichen Sie mit der Bestätigung ein Leistungsangebot (Kostenvoranschlag) ein.</i>

Anschrift der Einrichtung und wenn zutreffend Bezeichnung des Hauses

Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegeeinrichtung/des Pflegedienstes
