

Steckbrief

Kontaktdaten des Gastes:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Tel: _____

PLZ/Ort: _____

Mobil: _____

Land: _____

E-Mail: _____

Geb.Datum: ____ ____ ____

Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wer ist im Notfall während des Aufenthalts Tag und Nacht erreichbar:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Tel: _____

PLZ/Ort: _____

Mobil: _____

Rechnungsadresse: (falls abweichend von Wohn- oder Heimadresse)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Land: _____

Um welche Behinderung handelt es sich:

Gibt es spezielle gesundheitliche Probleme / Allergien:

Wie selbstständig ist unser Gast ? Wieviel Hilfe benötigt er / sie ?

Morgentoilette: _____

WC: _____

Zähne putzen: _____

Beim Essen: _____

An-/Ausziehen: _____

Sonstiges: _____

Worauf muss besonders geachtet werden? Gefahren / Risiken:

Wandert und spaziert unser Gast gerne? _____

Spricht unser Gast? Wie teilt er sich mit? _____

Lieblingsbeschäftigung: _____

Lieblingsessen: _____

Genussmittel Alkohol / Rauchen): _____

Hilfsmittel: _____

Weitere Besonderheiten: _____

Medikamentengabe: selbstständig: Ja / Nein

Die Medikamente müssen bei Ankuft zusammen mit dem aktuellen Medikamentenblatt gerichtet sein (Dosette o.ä.). Nicht in der Dosette gerichtete Medikamente (Flüssigkeiten, Notfall- und Reservemedikamente) müssen in der Originalverpackung abgegeben werden.

Kosten:

Pauschale: 190,00 • / Nacht, für Betreuungsmehraufwand werden zusätzlich
20,00 • / Nacht berechnet.

Für individuelle Bedürfnisse wie (Zeitschriften, Postkarten, Eintritte, Konsumationen) bitte entsprechend Taschengeld mitgeben.

Die Versicherung ist Sache des Gastes, der Einrichtung resp. des gesetzlichen Vertreters.

Wir empfehlen Ihnen eine Kopie dieses Formulars für Ihre Unterlagen zu erstellen.

Wir freuen uns auf einen schönen Aufenthalt.

Ort, Datum

Unterschrift