

Sonstige Leistungen

Leistungen die keine Regelleistungen sind. Sie können zusätzlich anfallen und sind nicht in den Heimkosten erhalten. Sie können jedoch über unser Haus bezogen werden. Sie werden über den Barbetrag des Heimbewohners abgerechnet.

Name: _____ **Zimmer-Nr.** _____

Die Leistungen, die Sie in Anspruch nehmen möchten, kreuzen Sie bitte an.

Friseur (wie oft?) _____ (außerhalb der üblichen Haarpflege) Preise laut Aushang am Friseursalon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Taxi zum Arzt Anfallende Beförderungskosten sind vom dem/der Bewohner*in selbst zu tragen, sofern diese nicht von der Krankenkasse übernommen werden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie Eigenanteil der verordneten Leistungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Apotheke Zuzahlung Medikamente Römer-Apotheke, Nennig (Abrechnung über Taschengeldkonto, wenn Geld hinterlegt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fußpflege (als med. Behandlungsleistung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Getränke (Apfelschorle, Limonade, Bier, Wein ...) (Wasser, Sprudel, Tee, Kaffee, Saft aus dem Automaten sind kostenlos) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegemittel Toilettenartikel für die tägliche Körperpflege (15€ monatlich) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kosten chemischer Reinigung (die über die übliche Wäscheversorgung hinausgehende Reinigung von Bekleidung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenzpauschale Fa. Hartmann: Eigenanteil (Betrag von Krankenkasse abhängig) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon für die Nutzung des vorhandenen Anschlusses und Telefongerätes (15€ monatlich) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum

Unterschrift Bewohner/in bzw. vertretungsberechtigte Person