

Folgende Leistungen sind nicht in den Heimkosten erhalten, können jedoch über unser Haus bezogen werden. Diese Leistungen werden über den Barbetrag des Heimbewohners abgerechnet.

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

Friseur (wie oft?)



Ja Nein

Taxi zum Arzt



Ja Nein

Apotheke Medikamente

(Abrechnung über Altenheim,
wenn Taschengeld hinterlegt)

Abrechnung an Angehörige



Ja Nein

Fußpflege



Ja Nein

Getränke (Wasser, Sprudel, Tee, Kaffee,
Saft aus dem Automaten sind kostenlos)



Ja Nein

Pflegemittel

15,00€ mtl.



Ja Nein

Wäscherei: Kosten
chemischer Reinigung

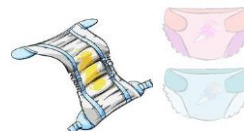
(Oberbekleidung)



Ja Nein

Eigenanteil-Inkontinenz

(Betrag von Krankenkasse abhängig)



Ja Nein

Telefon

15,00€ mtl.



Ja Nein

Name: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____