



Kontaktformular
Urlaubs- und Verhinderungspflege auf der Insel Rügen

Bitte zurücksenden an:

- -

Gesundheitsinsel Rügen

Frau Kathrin Harre
Calandstraße 7/8

18528 Bergen auf Rügen

- -

E-Mail: info@gesundheitsinsel-ruegen.de

Fon: 0 38 38-31 501 67

Fax: 0 38 38-31 501 69

Persönliche Angaben der Eltern/ des Erziehungsberechtigten:

Vorname:

Name:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

E-Mail:

Telefon:

Behandelnder Arzt

Vorname:

Name:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Bitte schicken Sie auch vorhandene Befunde mit!

Angaben zu Ihrer Urlaubsplanung und Ihrem/n Kind/ern

1. Wann haben Sie Ihren Urlaub geplant? Welche Unterkunft bevorzugen Sie?

2. Wie alt ist/sind Ihr/e Kind/er?

3. Wie groß und wie schwer ist/sind Ihr/e Kind/er?

Größe: _____ Gewicht: _____ / Größe: _____ Gewicht: _____

4. Welche Erkrankung liegt vor?



5. Welche Medikamente, Hilfsmittel und/oder Pflegeartikel werden benötigt?

6. Welche Besonderheiten Ihres/er Kindes/er müssen wir beachten? (Ernährungsgewohnheiten, Schlafgewohnheiten,...)

7. Welche Pflege- und Freizeitbetreuung wünschen Sie für Ihr/e Kind/er? Möchten Sie Ihr/e Kind/er stationär in Pflege geben oder wünschen Sie stundenweise Betreuung in der Unterkunft?

8. Haben Sie weitere Wünsche zur Pflege und/oder zur physiotherapeutischen Pflege? (Bewegungstherapie, Wassertherapie, u.a.....auf Rezept möglich)

9. Haben Sie Anspruch auf Urlaubs- und Verhinderungspflege?

Ja Nein

9.1. Haben Sie im Kalenderjahr bereits Urlaubs- und Verhinderungspflege beansprucht?

Ja Nein

9.2. Wenn 9.1 mit ja beantwortet wurde: Wie hoch war die Erstattung der Pflegekasse?
Euro

Pflegekasse

Welche Pflegestufe liegt vor?

Pflegestufe I Pflegestufe II

Pflegestufe III

Pflegestufe III HF (Härtefall)

10. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

(Bitte nennen Sie uns konkret die Quelle, z.B. Artikel in Zeitschrift „xyz“ oder Google mit Suchbegriff „xyz“, Internetseite, Gespräch mit Ihrem Arzt, etc.)