

Anschrift Versicherung

## Pflegetraining

### Antragsformular für ein Pflegetraining nach § 45 SGB XI durchgeführt von MEDICPROOF

Sie haben Interesse an einem kostenlosen und individuellen Pflegetraining von MEDICPROOF? Dann füllen Sie dieses Formular aus und senden es an die zuständige Pflegeversicherung: Entweder an die private Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen oder – falls Sie selber privat versichert sind – an Ihre Versicherung.

#### **1** Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Versicherung/Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

#### **2** Angaben zur Pflegeperson: Wer soll trainiert werden? (Angehöriger, Nachbar, o.ä.)

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

**3 Angaben zur Kontaktperson: Mit wem soll das Training vereinbart werden?**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon-/Mobilfunknummer

**4 Welche Themen sollen trainiert werden? Bitte kreuzen Sie maximal zwei Themen an.**

- Körperpflege
- Mundpflege
- Umgang mit Blasen- und Darmkontinenz
- Essen und Trinken
- Der Rollator im Pflegealltag
- Umgang mit Demenzkranken
- Lagerung und Transfer