

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