

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301
Fax: (+43 7752) 83580-44
E-Mail: ph-ried.post@shvri.at
www.shvri.at

ANTRAG – KURZZEITPFLEGE

Familienname: Geburtsname:

Vorname: Religion:

Geboren am: Geburtsort:

Familienstand:

Wohnanschrift:

Bankinstitut:

IBAN: BIC:

	1. Ansprechpartner	2. Ansprechpartner	3. Ansprechpartner
Name			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon			

BEI ERWACHSENENVERTRETUNG BITTE BESCHEID VORLEGEN!

Hausarzt:

Zahnarzt:

Optiker/Akustiker:

Krankenkasse: Vers.Nr.:

Rezeptgebührenfrei ☐ Rezeptgebührenpflichtig ☐

Pflegegeld..... Erhöhung Beantragt ☐ Ja ☐ Nein

Stufe Auszahlende Stelle

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsteller bzw.
seines gesetzlichen Vertreters