

Barbetragsverwaltung für den Vollstationären Aufenthalt

Bewohner/-in _____

Vertretungsberechtigte Person _____

Seniorenstift Bethanien Barbetragsverwaltung

Ich genehmige, nachstehende Serviceleistungen durchführen und die Kosten von meinem Barbetragskonto abbuchen zu lassen:

Friseurbesuch ☐Kosmetische Fußpflege/ Podologie ☐
(das Kürzen der Finger- und Fußnägel ist im Leistungsentgelt enthalten)Einkäufe für den täglichen Bedarf ☐
durch den Sozialen DienstAusflüge mit dem Sozialen Dienst ☐
(Ausgaben wie z. B. Eintritte, Verzehr)Medikamentenzuzahlungen, rezeptfreie Medikamente, ☐
Verordnungen Sanitätshaus oder Physikalische Therapie

Sonstige Bemerkungen _____

Die Genehmigung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Dieses bedarf der schriftlichen Form.

Datum, Unterschrift _____

Bewohner/-in

Datum, Unterschrift _____

Vertretungsberechtigte Person