

Barbetragverwaltung für den Vollstationären Aufenthalt

Bewohner/-in _____

Vertretungsberechtigte Person _____

Seniorenstift Bethanien Barbetragverwaltung

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

Friseurbesuch

Kosmetische Fußpflege/ Podologie
(das Kürzen der Finger-und Fußnägel ist im Leistungsentgeld enthalten)

Einkäufe für den täglichen Bedarf
durch den Sozialen Dienst

Ausflüge 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