

Träger der Pflegeeinrichtung:

.....

Bitte an die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände, Gärtnersleite 14, 96450 Coburg und den zuständigen Bezirk senden.

***Mitteilung neuer Öffnungszeiten ab**

Teilstationäre Pflegeeinrichtung:
Straße, PLZ, Ort:
Institutionskennzeichen:

Auf der Basis des Grundsatzpapieres zu den Öffnungszeiten in der teilstationären Pflege Ziffer V. Änderung der Öffnungszeiten hat o.g. teilstationäre Pflegeeinrichtung wie folgt geöffnet:

			täglich	monatlich	Bemerkung zu monatlich**	
• Montag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dienstag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mittwoch	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Donnerstag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Freitag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Samstag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonntag	von	Uhr bis	Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Beispiel für monatliche Bemerkung: z.B. Eintrag bei Samstag „jeden 1. im Monat“

zusätzlich bis zu 5 Tage flexible Öffnungstage im Jahr am:

Die teilstationäre Pflegeeinrichtung stellt während der angegebenen Öffnungszeiten die Besetzung mit mindestens einer Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI sicher.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Trägers der teilstationären Pflegeeinrichtung

***Hinweise:**

Diese Mitteilung ist im Vorfeld der Änderung zu machen, sobald sich Änderungen von Beginn und Ende der täglichen Öffnungszeiten und/oder von der Lage der wöchentlichen Öffnungstage, d.h. an welchen Wochentagen die teilstationäre Pflegeeinrichtung geöffnet hat, ergeben.

Bei einer Änderung der Dauer der täglichen Öffnungszeiten (wie viele Stunden) und/oder der Anzahl der wöchentlichen Öffnungstage ist im Vorfeld der Änderung der „Antrag auf Änderung der Öffnungszeiten“ zu stellen.