



Tel. 09704/60179-0
Fax. 09704/60179-29

ANMELDUNG zur TAGESPFLEGE

Diesen Antrag nur mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden oder abgeben.

Alle Fragen bitte **vollständig und wahrheitsgemäß** beantworten.

Familienname:
(bei Frauen auch Geburtsname angeben)

Vorname(n):

Wohnung:
(Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)

Familienstand: **Konfession:**

Staatsangehörigkeit:

Geboren am: **Ort:**

zuletzt ausgeübter Beruf:

Anmeldung für folgende Tage:

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag

externer Fahrdienst:

Holen		Bringen
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Wer stellt den Antrag für die Tagespflege? ich selbst
 Betreuer
 Bevollmächtigter

Angehörige:
(wie verwandt)
.....
(Name, Vorname)
.....
(Straße, Hausnummer)
.....
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

Angehörige:
(wie verwandt)
.....
(Name, Vorname)
.....
(Straße, Hausnummer)
.....
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)

Bei weiteren Angehörigen, bitte Extrablatt beigeben. Falls keine Angehörigen vorhanden, bitte eine Vertrauensperson benennen.

Bestallter Pfleger/Vormund:
(Name, Vorname)
.....
(Straße, Hausnummer)
.....
(Postleitzahl, Wohnort, Telefon)
(Bitte Bestallungsurkunde vorlegen)

Krankenkasse: (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)
.....
Mitgliedsnummer:
Eingestuft in Pflegegrad:.....

Sind sie befreit von Zuzahlungen ja nein

Name des Hausarztes:

Anschrift:

Werden Sie zusätzlich von einem ambulanten Pflegedienst versorgt? ja nein

Pflegedienst:
Name

.....
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon

Bekommen Sie Pflegegeld? ja nein

Haben Sie Anspruch auf Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 47b SGB XI? ja nein

Wenn ja, wie viel? €)

Haben Sie Sozialhilfe beantragt? ja nein

Zuständiges Sozialamt:

Aktenzeichen:

Rechnungsempfänger für die Abrechnung des Eigenanteils

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Zahlungsart: **per Sepa-Lastschriftmandat**
- siehe Sepa-Einzugsermächtigung

Datenschutz

Wir verwenden Ihre Bestandsdaten ausschließlich zur Abwicklung unserer Leistungen. Alle Bewohnerdaten werden unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) von uns gespeichert und verarbeitet.

Weitergabe an Dritte

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Hausadresse und Telefonnummer nicht an Dritte weiter. Ausgenommen hiervon sind unsere Dienstleistungspartner, die zur Bestellabwicklung die Übermittlung von Daten benötigen (z.B. Apotheke, Hausarzt, sowie unsere medizinischen Partner für Heil & Hilfsmittel und das mit der Zahlungsabwicklung beauftragte Kreditinstitut). In diesen Fällen beschränkt sich der Umfang der übermittelten Daten jedoch nur auf das erforderliche Minimum.

Fotodokumentation

Im Fall einer notwendigen Wundversorgung bin ich mit einer Fotodokumentation des Wundgebietes einverstanden.

Erklärung

Alle meine Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden: _____
(Insofern keine Personengleichheit besteht)

Bitte bringen Sie zur Tagespflege folgende Unterlagen mit:
(Kopien genügen)

- Ausgefüllte Anmeldung zur Tagespflege
- Ärztlicher Fragebogen (*bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen*)
- Kopie oder Original des Personalausweises
 - alternativ eine Kopie oder Original des Stammbuches (*wenn kein Personalausweis vorhanden ist*)
- Versicherungskarte der Krankenkasse
- Befreiungskarte für Medikamente (*wenn vorhanden*)
- Kostenübernahme der Pflegekasse (*wenn eine Pflegestufe erteilt wurde*)
- Schwerbehindertenausweis (*wenn vorhanden*)
- Kopie des Betreuerausweises (*wenn eine Betreuung eingerichtet wurde*)
 - alternativ eine Abschrift der Vollmacht (*wenn vorhanden*)
- Patientenverfügung (*wenn vorhanden*)
- Impfausweis (*wenn vorhanden*)
- Medikamente
- Inkontinenzmaterial

Bitte beachten Sie:

- Für die Wäsche wird keine Haftung übernommen.
- Bitte zeichnen Sie die Kleidung, z.B. Mantel, Schal, Mütze, Hut, Ersatzwäsche etc.
- Bitte Kennzeichnen Sie den Rollstuhl, Gehwagen oder Gehstock.