

Anmeldebogen zur Tagespflege

Betreuung ab dem _____

_____Tage pro Woche, Mo Di Mi Do Fr

Pflegegrade: Grad 1 , Grad 2 , Grad 3 , Grad 4 , Grad 5
Noch keinen Pflegegrad

Personalien

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum,- ort	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Beruf	

Pflegekasse

Bezeichnung	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon, Fax	
Versicherungsnummer	

Sachleistungen für ambulanten Pflegedienst: Ja Nein

Sie erhalten von uns eine Rechnung. Diese können Sie bei Ihrer Kasse einreichen.

Bitte geben Sie eine Kopie des Einstufungsbescheides durch den Medizinischen Dienst an uns.

Rechnungsempfänger, wenn abweichend von Betreuten:

Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	

Angehörige

Name, Vorname	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Telefon, Handy	
Verwandtschaftsverhältnis	

Betreuer nach dem Betreuungsrecht

Name, Vorname		
Strasse		
PLZ, Wohnort		
Telefon, Handy		
Betreuungsart/ Welche	<input type="checkbox"/> Vermögensfürsorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung
Aufgabengebiete	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/>

Hausarzt

Name, Vorname	
Fachrichtung	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	

Diagnosen/ Medikamente

Besonderheiten

Ein Erstgespräch wurde durchgeführt am _____ von _____

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Bitte den ärztlichen Fragebogen ausfüllen lassen und beifügen. Mit geltend sind die Informationen aus dem Informationsgespräch.	