

# Anmeldung zur Tagespflege

## 1. Angaben zur Anmeldung

gewünschter Beginn: \_\_\_\_\_

gewünschter Wochentag:

 Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Fahrdienst gewünscht?

 Ja nein Rollstuhlfahrer

## 2. Angaben zur Person (künftiger Tagespflegegast)

Name (ggf. Geburtsname): \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zu Ansprechpartner

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer

Bevollmächtigter

Angehörige, Verwandtschaftsverhältnis:

Bei gesetzlichem Betreuer bitte Kopie der Betreuungsurkunde beilegen. Bei Bevollmächtigtem bitte Kopie der Vollmacht beilegen.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer

Bevollmächtigter

Angehörige, Verwandtschaftsverhältnis:

Bei gesetzlichem Betreuer bitte Kopie der Betreuungsurkunde beilegen. Bei Bevollmächtigtem bitte Kopie der Vollmacht beilegen.

## 4. Krankenkasse / Pflegekasse / Beihilfeträger

Name und Anschrift der Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad  1  2  3  4  5  
 Keinen  noch nicht beantragt  beantragt am: \_\_\_\_\_

Bitte eine Kopie des Pflegegradnachweises beilegen, sofern vorhanden.

### 5. Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### 6. Krankheiten

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Besonderheiten in Verbindung mit Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Bestehen ansteckende Krankheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 7. Abrechnung

Rechnungsempfänger  Tagesgast selbst  
 Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Finanzierung  als Selbstzahler  
 Leistungen beim zuständigen Sozialamt beantragt am: \_\_\_\_\_

### 8. Einverständniserklärung

Mit dem Einreichen des Formulars geben Sie und die Zustimmung, Ihre Daten zu speichern und zu verarbeiten. Alle Ihre Angaben werden von uns entsprechend der gesetzlichen Vorgaben vertraulich behandelt. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind und werde jede Änderung der geforderten Angaben unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller  
oder bevollmächtigter Vertreter