



Anmeldung zur Tagespflege

Persönliche Angaben:

Familienname: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geb.- Datum: _____ Geb.- Ort: _____

Familienstand: _____ Eheschließung: Wann: _____ Wo: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Beruf:

- erlernt: _____

- zuletzt ausgeübt: _____

Aktueller Wohnsitz:

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____ Fax.: _____

E-Mail _____

derzeitiger Aufenthalt

nur ausfüllen., wenn Sie sich zurzeit nicht an Ihrem Wohnsitz aufhalten

(bei Verwandten; im Krankenhaus; in sonstigen Einrichtungen)

Wo? _____

Name: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____ Fax.: _____ E-Mail: _____

Bemerkungen:

Bezugspersonen:

Gesetzlicher Betreuer/in:

für

☐ Vermögen ☐ Finanzen ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Gesundheitsfürsorge

Beschluss durch das Amtsgericht:

Aktenzeichen: _____

Datum der Ausstellung: _____

Befristet bis: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Bemerkungen:

Angehörige / Kontaktpersonen :

Bitte geben Sie mit der Reihenfolge der Eintragungen an, wer von Ihren Angehörigen, von uns bevorzugt angesprochen werden soll. Unter Kontaktart geben Sie bitte z.B. das Verwandtschaftsverhältnis oder Nachbarin, Freund usw. an.

1.)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Kontaktart: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

2.)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Kontaktart: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

3.)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Kontaktart: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Tel: _____ Fax: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Befreiungen:

Sind Sie befreit:

[illegible]

- von Krankentransporten ☐ nein ☐ ja

- von sonstigem: _____

Ausweise:

Schwerbehindertenausweisnr.: _____ gültig bis: _____

Personalausweisnr.: _____ gültig bis: _____

Bemerkungen: _____

Hausarzt:

Name: _____

PLZ: Ort

Straße:

Tel.: Fax:

E-Mail: _____

Krankenkasse / Pflegekasse

Name: _____

PLZ: Ort

Straße

Tel.: Fax:

E-Mail: _____

Mitgliedsnummer: _____

Haben Sie bereits eine Pflegeeinstufung der Pflegekasse?

☐ nein ☐ ja in Pflegegrad: _____

Bitte Kopie des Einstufungsbescheids beifügen!

Bemerkungen:

Angaben zur Finanzierung:

- o Zuzahlung erfolgt aus dem laufenden Einkommen (Renten)
- o Zuzahlung erfolgt aus dem Barvermögen (Sparbuch; Bankguthaben)

Der Antrag muss im Voraus von der betreffenden Person gestellt werden, bitte Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen.

Termin:

Für wann wird die Tagesbetreuung gewünscht: _____

☐ An welchen Tagen:

☐ Mo

☐ Di

☐ Mi

☐ Do

☐ Fr

Sonstiges:

Erhalten Sie Betreuung oder Pflege auch durch andere Institutionen, z.B. Sozialstation, Essen auf Rädern, Verwandte, Nachbarn?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, durch welche?

Ist irgendwo ein Wohnungs-/Hausschlüssel für Sie hinterlegt?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, wo?

Geburtstagskalender:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ein Foto von mir bzw. dem Tagespflegegast in den Geburtstagskalender der Tagespflege gehängt sowie der Geburtstag in diesem veröffentlicht wird.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft – auch teilweise – widerrufen werden und gilt ansonsten zeitlich unbeschränkt.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich / wir versichern, dass alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen und möglichst vollständig beantwortet wurden.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wenn der Antrag nicht von der aufzunehmenden Person gestellt wird, bitte auch Anschrift der Antragstellerin, des Antragstellers angeben.

Name: _____ Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Unterschrift: _____