



## Anmeldung zur Tagespflege\*

Aufnahmezeitpunkt: _____	
Name: _____	Geburtsname: _____
Vorname: _____	
Anschrift: _____	
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Familienstand: _____	Konfession: _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*
Wenn ja, durch wen? _____ <small>(Betreuerausweis ist als Kopie in der Anlage beizufügen)</small>	
Besteht eine Vorsorge-/Handlungsvollmacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*
Kranken-/Pflegekasse: _____	Mitgliedsnummer: _____
Anschrift: _____	

Ich beziehe bereits Pflegegeld/Pflegesachleistungen der zuständigen Pflegekasse in Höhe von*:	
<input type="checkbox"/> keine (beantragt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein)	<input type="checkbox"/> Grad 3: 545,00 €/1.298,00 €
<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 4: 728,00 €/1.612,00 €
<input type="checkbox"/> Grad 2: 316,00 €/689,00 €	<input type="checkbox"/> Grad 5: 901,00 €/1.995,00 €
<b>Entsprechende Bescheide sind der Anmeldung beizufügen!</b>	
Behandelnder Arzt: _____	Tel.-Nr.: _____
Anschrift: _____	

<b>Kostenträger</b> <small>(Liegt bei Aufnahme keine Änderungsmitteilung an die Pflegekasse vor, erfolgt die Rechnungslegung privat!)</small>
Privat mit Unterstützung Pflegekasse
- Antrag auf teilstationäre Pflege gestellt am: _____
- genehmigt durch: _____

<b>1. Angehörige/Betreuer:</b> <small>(Bitte Verwandtschaftsgrad/rechtliche Stellung angeben)</small>
Name: _____
Vorname: _____
Verwandtschaftsverhältnis: _____
Wohnanschrift: _____ _____
Telefon: _____

<b>2. Angehörige/Betreuer:</b> <small>(Bitte Verwandtschaftsgrad/rechtliche Stellung angeben)</small>
Name: _____
Vorname: _____
Verwandtschaftsverhältnis: _____
Wohnanschrift: _____ _____
Telefon: _____

\*zutreffendes bitte ankreuzen.



## Anmeldung zur Tagespflege\*

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

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

**Sonstiges Behandlungspflegen (BZ-Messung ect.)**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Besteht eine Allergie\*?**     nein     ja, folgende: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Biographische Daten:** (Abneigungen, Vorlieben, Gewohnheiten ect.)

Ehemaliger Beruf: \_\_\_\_\_

Essen & Trinken: \_\_\_\_\_

Prägende Ereignisse: \_\_\_\_\_

Tagesstruktur: \_\_\_\_\_

Freizeitgestaltung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Rituale im Tagesablauf: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie Wechselsachen, feste Hausschuhe, persönliche Hilfsmittel und ggf. Inkontinenzmaterial mit!**

ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

durch: \_\_\_\_\_                      Unterschrift: \_\_\_\_\_