

Anmeldebogen zur Tagespflege

Aufnahmedatum _____

Betreuung in der Tagespflege an folgenden Tagen gewünscht:

- Montag Dienstag Mittwoch
 Donnerstag Freitag

1. Name, Vorname (ggf. Geburtsname) _____

2. Geb.-Datum _____

3. Konfession _____

4. Staatsangehörigkeit _____

5. Familienstand ledig verh. verwit. gesch.

6. Wohnanschrift

6.1 Straße, Nr. _____

6.2 Stockwerk _____

6.3 PLZ, Ort _____

7. Aktuell anderweitiger Aufenthalt (z.B. Klinik, Reha)

7.1 Straße, Nr. _____

7.2 Stockwerk _____

7.3 PLZ, Ort _____

8. Kontakt Angehöriger

8.1 Verwandtschaftsgrad _____

8.2 Vor-/Name _____

8.3 Straße, Nr., PLZ _____

8.4 Telefon _____

8.5 E-Mail _____

9. Betreuer (nur ausfüllen, wenn vollmacht vorhanden, siehe Abschnitt 17)

9.1 Vor-/Name _____

9.2 Straße, Nr., PLZ _____

9.3 Telefon _____

9.4 E-Mail _____

10. Krankenkasse _____

11. Hausarzt

11.1 Telefon Hausarzt

12. Sind Sie in Behandlung bei einem Facharzt (Falls ja, bitte eintragen) Ja Nein

- Neurologe Interist Psychiater Urologe

12.1 Kontakt Facharzt _____

13. Sind Sie in Behandlung bei einer Physiotherapie oder Krankengymnastik? (Falls ja, bitte eintragen) Ja Nein

13.1 Kontakt Physiotherapie/Krankengymnastik _____

14. Sind Sie in Behandlung bei einer Ergotherapie? (Falls ja, bitte eintragen) Ja Nein

14.1 Kontakt Ergotherapie _____

15. Ist ein Pflegegrad vorhanden? (bitte ankreuzen)

- Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

15.1 Einstufung bei Pflegekasse beantragt am _____

15.2 Antrag ist abgelehnt am _____

Anmeldebogen

Lebensfreude - Die Tagespflege

16. Werden Sie von einem Pflegedienst betreut? (Falls ja, bitte eintragen)

- Ja Nein

16.1 Kontakt Pflegedienst _____

16.2 Ihre Pflegezeiten _____

16.3 Welche Leistungen werden von Ihrem Pflegedienst übernommen?

- Körperpflege (Leistungen der Pflegeversicherung SGB XI)
 Behandlungspflege (Spritzen, Verbände, Medikamente o.a.) (Leistungen der Krankenkasse SGBV)

17. Bestehen folgende Vorsorgevereinbarungen? (Bitte wenn zutreffend ankreuzen und Dokumente beifügen. Abschnitt 9 ebenfalls ausfüllen.)

- Vorsorgevollmacht Patientenverfügung Gesetzliche Betreuung

18. Es besteht ein Anspruch, auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI?

- Ja Nein

18.1 Benötigen Sie zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI (Haushaltsnahe Dienstleistungen)

- Ja Nein

19. Benötigen Sie unseren Fahrdienst für den Transfer zur Einrichtung? (Falls ja, bitte auswählen)

- Ja Nein

- morgens von Zuhause holen Nachmittags nach Hause bringen

20. Sind Sie auf Hilfsmittel angewiesen?

- Gehstock Rollator Rollstuhl

21. Benötigen Sie weitere kosmetische Leistungen?

- Friseur mediz. Fußpflege

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in;

ggf. gesetzlicher Vertreter*in; bzw. Bevollmächtig*in
