

1 Angaben zur Anmeldung

.....
gewünschter Standort

.....
Beginn (Schnuppertag)

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

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Ort

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
E-Mail

.....
Staatsangehörigkeit

.....
Familienstand

.....
Religionszugehörigkeit

3 Angaben zu Ansprechpartnern (bis zu zwei Personen)

.....
Name des ersten Ansprechpartners (Hauptansprechpartner)

.....
Vorname

.....
Aktuelle Anschrift

.....
Telefonnr. (insb. im Notfall!)

.....
weitere Telefonnr.

.....
E-Mail

gesetzlicher Betreuer Bevollmächtigter Angehöriger, Verwandtschaftsverhältnis:

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

.....
Name des zweiten Ansprechpartners

.....
Vorname

.....
Aktuelle Anschrift

.....
Telefonnr. (insb. im Notfall!)

.....
weitere Telefonnr.

.....
E-Mail

gesetzlicher Betreuer Bevollmächtigter Angehöriger, Verwandtschaftsverhältnis:

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

4 Korrespondenz

Erster Ansprechpartner (siehe Punkt 3) oder Zweiter Ansprechpartner (siehe Punkt 3) oder Tagesgast selbst

Finanzierung

als Selbstzahler / Leistungen der Pflegekasse

Leistungen beim zuständigen Sozialamt beantragt am:

5 Hausarzt

.....
Name Vorname

.....
Adresse Telefon

6 Krankenkasse / Pflegekasse / Beihilfeträger

.....
Name und Anschrift der Versicherung Versichertennummer

Privat versichert? ja nein

Beihilfeberechtigt? ja nein

Pflegegrad 1 2 3 4 5 keinen noch nicht beantragt beantragt am:

Bitte eine Kopie des Pflegegradnachweises beilegen, sofern vorhanden.

Bitte beantragen Sie bei Ihrer Pflegekasse eine Kostenübernahme für die Tagespflege ab und reichen Sie diese schnellstmöglich bei uns nach.

7 Ansteckende Krankheiten (bei fehlendem Arztbericht)

Bestehen ansteckende Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche?

.....

8 Hinweis

Die Anmeldung ist zunächst für beide Seiten unverbindlich. Die Entgelte für die Tagespflege habe ich auf dem Preisblatt zur Kenntnis genommen.

9 Einverständniserklärung

Mit dem Einreichen des Formulars geben Sie uns 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 angeforderten Angaben unverzüglich mitteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragssteller
oder bevollmächtigter Vertreter

bitte
wenden