

1 Angaben zur Anmeldung

.....
gewünschter Standort

.....
gewünschter Beginn

gewünschter Wochentag:
 Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag
 Freitag Sonntag¹

Fahrdienst gewünscht?
 Ja Nein
 Rollstuhlfahrer

2 Angaben zur Person (künftiger Tagespflegegast)

.....
Name (ggf. Geburtsname)

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsort

.....
Geburtsland

.....
Aktueller Hauptwohnsitz (Adresse)

.....
Telefon

.....
Staatsangehörigkeit

.....
Familienstand

.....
Religionszugehörigkeit

3 Angaben zu Ansprechpartnern (bis zu zwei Personen)

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

.....
Vorname

.....
Aktuelle Anschrift

.....
Telefon

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

.....
Telefon

gesetzlicher Betreuer Bevollmächtigter Angehöriger, 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

.....
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.

5 Hausarzt

.....
Name

.....
Vorname

.....
Adresse

.....
Telefon

.....
Fax

6 Abrechnung

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

Finanzierung als Selbstzahler
 Leistungen beim zuständigen Sozialamt beantragt am:

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 geforderten Angaben unverzüglich mitteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragssteller
oder bevollmächtigter Vertreter

Die Tagespflege Großsachsenheim hat am 1. Sonntag des Monats geöffnet.

bitte wenden