

Anmeldeformular Tagespflege

Name / Geburtsname			
Vorname (Rufname unterstreichen)			
Wohnort	PLZ Wohnort		
	Adresse		
	Tel.		
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit		Konfession	
Familienstand		Frühere Verbeamtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Angehörige (wie verwandt)	Vor- und Zuname		
	Adresse		
	Tel. / mobil		
Angehörige (wie verwandt)	Vor- und Zuname		
	Adresse		
	Tel. / mobil		
Rechnungsempfänger			
Betreuung/Vollmacht (bitte Kopie einreichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Patientenverfügung (bitte Kopie einreichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Krankenkasse und KV- Nummer		Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name des Hausarztes			
Besteht eine Schwer- behinderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht eine Demenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Besteht eine Weglauf-/Hinlauftendenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist eine Covid-Impfung bereits erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Suchterkrankung? (Rauchen, Alkohol, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
Kostenträger: Der Eigenanteil der wird aufgebracht durch ...	<input type="checkbox"/> das monatliche Einkommen oder Vermögen <input type="checkbox"/> Zahlungen des Sozialamts
Eine Einstufung durch den MDK hat ...	<input type="checkbox"/> stattgefunden <input type="checkbox"/> nicht stattgefunden
Pflegegrad (Anspruch auf Zuzahlung durch die Pflegekasse ab PG 2)	<input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5
E-Mail-Verteiler: Damit Informationen schneller und einfacher an mich herangetragen werden können, bitte ich um die Aufnahme in den Verteiler unter folgender E-Mail-Adresse:	

Wichtige Hinweise

- ✓ Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen ist **vor dem Probetag** einzureichen!

Ort, Datum _____

Unterschrift _____