

Datum des Eingangs: .....

## Anmeldung in der Tagespflege Wiehre

(zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen einreichen)

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße, PLZ, Ort .....

Geburtsname ..... Geburtsort ..... Telefon .....

Familienstand ..... Konfession ..... Nationalität .....

**Hausarzt** (Name, Telefon) .....

**Fachärztliche Betreuung** (Name, Telefon) .....

**Bei gleichzeitiger ambulanter Pflege** (Name des ambulanten Pflegedienstes) .....

(Name, Telefon der Ansprechperson) .....

**Krankenkasse/Beihilfestelle** (Adresse) .....

**Vollmacht**  vorhanden **Patientenverfügung**  vorhanden

**Rechtliche Betreuung**  beantragt  bestellt

### Angehörige/Bezugsperson/Rechtlicher Betreuer

1. Vor- und Zuname ..... Telefon (d) .....

Straße, PLZ, Ort ..... Telefon (p) .....

Verwandtschaftsverhältnis ..... tagsüber erreichb.von/bis .....

E-Mail: ..... Handy: .....

2. Vor- und Zuname ..... Telefon (d) .....

Straße, PLZ, Ort ..... Telefon (p) .....

Verwandtschaftsverhältnis ..... tagsüber erreichb.von/bis .....

E-Mail: ..... Handy: .....

### Gewünschte Betreuung (an welchen Tagen, pflegerische Leistungen)

.....  
.....

**Finanzierung**  Geklärt mit der Pflegekasse  Beratungsbedarf

**Abrechnung mit** Pflegekasse  ja  nein

**Liegt die Einstufung in einen Pflegegrad vor?**  Einstufung beantragt am .....

Pflegegrad  1  2  3  4  5  Höherstufung beantragt am .....

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass die Anmeldung sowie das ärztliche Zeugnis an die von mir gewünschten Tagespflegeeinrichtungen bzw. das Seniorenbüro weitergegeben werden.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

Die Anmeldung erfolgte durch (Vor- u. Zuname) .....