

# Anmeldung Tagespflege

für Einrichtung (Name des Hauses): \_\_\_\_\_

## Art der Anmeldung    Hol- und Bringediens

dringend                      **erwünscht?**  
 vorsorglich                   ja       nein

## für folgende Wochentage:

Montag                       Freitag  
 Dienstag                   Samstag\*  
 Mittwoch                   Sonntag\*  
 Donnerstag                \* sofern angeboten

## Bewerber(in)

Zuname: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Familienstand:  verheiratet     getrennt lebend     verwitwet     geschieden     ledig

## Derzeitiger Aufenthaltsort

Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner(in) dort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

## Angehörige/Bezugspersonen

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_
2. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_
3. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

## Gesetzliche(r) Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Betreuung                   Vollmacht                  **Bitte Kopie der Urkunde beilegen!**

**Kranken-/Pflegekasse**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
ggf. Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

**Pflegeversicherung**

noch keine Einstufung  
in einen Pflegegrad

Pflegegrad  1  2  3  4  5

Antrag auf Einstufung gestellt?  ja  nein

Antrag auf Höherstufung gestellt?  ja  nein

**Bitte Kopie des Einstufungsbescheides – sofern vorhanden – beilegen!**

**Behandelnde(r) Arzt/Ärztin**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Facharzt/-ärztin**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Ärztlicher Fragebogen**  ist beigelegt  wird nachgereicht

**Name Antragsteller(in):** \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift, ggf. Stempel: \_\_\_\_\_

**Hinweis zum Datenschutz:**

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden im Falle des Zustandekommens eines Vertrages elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und gespeichert.

Eine Weitergabe an Dritte geschieht nur unter der Maßgabe einer gesetzlichen Grundlage, Rechtsvorschrift oder persönlichen Einwilligung und zur Sicherung der Versorgung der uns anvertrauten Personen.

Tritt kein Vertragsabschluss ein, werden die Unterlagen nach angemessener Zeit sach- und fachgerecht vernichtet.