

# Anmeldung Tagespflege

für Einrichtung (Name der Tagespflege): \_\_\_\_\_

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Tagespflege anmelden möchten. Um möglichst gut und zeitnah auf Ihr Anliegen reagieren zu können, möchten wir Sie bitten, den nachfolgenden Bogen auszufüllen.

## Art der Anmeldung

- dringend  
 vorsorglich

## Hol- und Bringdienst erwünscht?

- ja  nein

## Anmeldung für folgende Wochentage

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

## Bewerber(in)

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet  getrennt lebend  verwitwet  geschieden  ledig

## Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend)

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner(in) der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Angehörige und Bezugspersonen

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

2. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

3. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

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

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Betreuung

Vollmacht

**Bitte Kopie der Urkunde beilegen!**

**Kranken- und Pflegekasse**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Ggf. Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad**

keine Einstufung

Einstufung in Pflegegrad:

Antrag auf Pflegegrad ist gestellt

Antrag auf Höherstufung ist gestellt

**Bitte Kopie des Einstufungsbescheides beilegen!**

**Behandelnde(r) Arzt/Ärztin**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Facharzt/-ärztin**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Ärztlicher Fragebogen

ist beigelegt

wird nachgereicht

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

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

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

**Wie ist das weitere Verfahren?**

Sobald wir Ihre Anfrage gesichtet haben, nehmen wir Kontakt mit Ihnen auf, um das weitere Vorgehen und Ihre Fragen zu besprechen:

**Hinweis zum Datenschutz**

Die erhobenen personenbezogenen Daten elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und gespeichert. Tritt kein Vertragsabschluss ein, werden die Daten fristgerecht gelöscht.

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.