

Anmeldebogen Tagespflege

Am Berge 1A
19406 Sternberg



Personalien	
Name/Vorname	
Anschrift	
Telefon	
Geburtsdatum/-ort	
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Angehörige	
1.Name/Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis	
Anschrift	
Telefon/ E-Mail	
Pflege in der Häuslichkeit	
Durch Angehörige	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Durch Sozialstation	
Medizinische Versorgung	<input type="radio"/> Insulingabe <input type="radio"/> Medikamentengabe <input type="radio"/> sonstiges:
Medizinische Diagnosen	
Hilfsmittel	
	<input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Gehhilfe <input type="radio"/> Rollstuhl
Betreuung:	
	<input type="radio"/> Vorsorgevollmacht <input type="radio"/> Gesetzliche Betreuung
Name/Vorname	
Anschrift	
Telefon/E-Mail	
Hausarzt	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon/Fax	
Folgende Erkrankungen sind auszuschließen:	
1. Ansteckende Erkrankungen	
2. Suchtkrankheiten	
3. chron. psych. Erkrankungen	
4. bakterielle Erkrankungen	
Krankenkasse/Pflegekasse	
Name	
Versicherungsnummer	
Pflegegrad vorhanden:	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 seit:
	Nein: beantragt am:
Einrichtungshinweise	
Zu unsere aktuellen Zuzahlungsbeträgen (Selbstzahleranteil) informieren wir Sie in einem ersten Gespräch.	
Gewünschte Betreuungstage:	

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/
Gesetzl. Vertreter

Unterschrift Pflegefachkraft