

Anmeldung zur Tagespflege

Gewünschter Zeitraum Aufnahmetermin: _____

Schnuppertag am: _____

Name, ggf. Geburtsname	_____
Vorname	_____
aktuelle Straße, Hausnummer	_____
Meldeadresse PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____
Geburtsort	_____
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden
Konfession	<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> sonstige: _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> _____
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pflegegrad ist beantragt
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kranken-/Pflegekasse	_____
Versichertennummer	_____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Rechnungsempfänger	<input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige: _____
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung	
Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/>	Nachname, Vorname _____
oder	Straße, Hausnummer _____
Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>	PLZ, Ort _____
	Telefonnummer _____
	Email-Adresse _____
Angehörige	Nachname, Vorname _____
	Straße, Hausnummer _____
	PLZ, Ort _____
	Telefonnummer _____
	Email-Adresse _____
	Verwandtschaftsgrad _____

Hausarzt: _____ Name, Ort: _____

Medikamentenplan ist beigefügt
Ärztliche Diagnosen sind beigefügt
Ist eine Inkontinenz bekannt? Ja Nein
Covid-19 Impfung vorhanden? Ja Nein
Ist Diabetes bekannt? Ja Insulinpflichtig Nein
Nahrungsmittelunverträglichkeit Ja nein
wenn ja, welche Nahrungsmittelunverträglichkeit? _____

Hilfsmittel: Rollator Rollstuhl sonstige: _____

Bemerkungen: _____

Gewünschte Betreuungstage: Montag Dienstag Mittwoch
 Donnerstag Freitag

Fahrdienst erwünscht? ja nein

Direkte Abrechnung des Eigenanteils per Abtretungserklärung mit der Pflegekasse erwünscht?
 Ja Nein

Ich willige der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner o.g. personenbezogenen Daten zum Zwecke der vorvertraglichen und vertraglichen Maßnahmen durch die ‚Haus des Lebens gGmbH‘ bis auf Widerruf ein. Für Fragen oder einen Widerruf steht der Datenschutzbeauftragte Jürgen Golda (02307 2874488, j.golda@p2consult.de) jederzeit zur Verfügung.

Name des Anmeldenden:

Ort, Datum

Unterschrift des Anmeldenden

Aufmerksam geworden durch: Flyer Website Empfehlung

Folgende Dokumente sind vor bzw. bei der Aufnahme zwingend entsprechend gesetzlicher Vorgabe abzugeben. Ohne die erforderlichen Dokumente kann eine Aufnahme nicht erfolgen.

- **Anmeldung:**

- ✓ **Anmeldung zur Heimaufnahme** (bitte vor Heimaufnahme abgeben, gern auch per Fax oder Email)
- ✓ **Leistungsbescheid** der Pflegekasse
- ✓ **Ärztl. Attest**, nicht älter als 3 Tage lt. Infektionsschutzgesetz (Bewohner/in ist frei von ansteckenden Krankheiten)! Findet die Aufnahme am Freitagnachmittag statt oder *ausnahmsweise im Notfall* an einem Samstag, muss das ärztliche Attest spätestens am Freitagvormittag vorgelegt werden!
Ohne dieses Attest ist keine Aufnahme möglich!
- ✓ **Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht** (falls vorhanden)
- ✓ **Patientenverfügung** (wünschenswert)

- **Tagespflege:**

- ✓ **Medikamenten - Verordnungsblatt** mit Unterschrift vom behandelnden Arzt!
- ✓ Aktuell verordnete **Medikamente** in original Verpackung (Bitte nicht im Medikamenten-Dispenser vorbereiten)
- ✓ **Aktueller Arztbrief** (falls vorhanden)
- ✓ **Versichertenkärtchen + Befreiungsausweis** (falls vorhanden)
- ✓ **Verbandmaterial** (falls aktuelle Wundversorgung)
- ✓ **Inkontinenzartikel**
- ✓ **Hilfsmittel** (Rollstuhl, Rollator, Gehstock etc., falls benötigt)