

Folgendes ist bei, bzw. **VOR** der Aufnahme an der Anmeldung / im Tagespflegebereich/ (auch zum Schnuppertag) mitzubringen:

- **Anmeldung:**

- ✓ **Anmeldung zur Tagespflege** (bitte abgeben, gern auch per Fax)
- ✓ **Leistungsbescheid** der Pflegekasse
- ✓ **Ärztl. Attest**, nicht älter als 3 Tage (Bewohner/in ist frei von ansteckenden Krankheiten)!
- ✓ **Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht in Kopie** (falls vorhanden)

- **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)

*Bei Unklarheiten bitte an der **Anmeldung** oder in der **Tagespflege** nachfragen!*

Vielen Dank ☺

## Anmeldung zur Tagespflege

Gewünschter Aufnahmetag:	Schnuppertag am:	Pflegegrad* 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Bescheid vom*:	Höherer Pflegegrad beantragt am:
Familienname*:		Vorname*:		
Geburtsname*:		Konfession*:		
Straße*:		Wohnort*:		
Geboren am*:		Geburtsort*:		
Staatsangehörigkeit*:		Beruf*:		
Familienstand:				
<b>Bezugsperson?</b> Wie verwandt? Befreundet? (Name, Anschrift und Telefonnummer) *:				
<b>Gerichtlich bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter</b> (Name, Anschrift und Telefonnummer)*:				
Betreuer Aufgabenbereiche*:				
Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/>	Aufenthaltbestimmungsrecht <input type="checkbox"/>	Vermögenssorge <input type="checkbox"/>		
Postangelegenheiten <input type="checkbox"/>	Heimangelegenheiten <input type="checkbox"/>	Alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/>		
Sonstiges:				
<b>Krankenkasse*:</b>		Versicherungsnummer*:		
Anschrift*:				
<b>Pflegekasse*:</b>		Versicherungsnummer*:		
Anschrift*:				
Name des <b>Hausarztes*</b> :		Anschrift:		

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45 b, c genehmigt?

Ja       Nein

Werden diese schon anderweitig in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_

Direkte Abrechnung des Eigenanteils per Abtretungserklärung (siehe Anlage) mit der

Pflegekasse gewünscht?      Ja       Nein

Fahrdienst erwünscht?      Ja       Nein

Gewünschte Betreuungstage:

Montag       Dienstag       Mittwoch       Donnerstag       Freitag

Neben der Tagespflege werden Sachleistungen in der häuslichen Pflege genutzt?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Selbstzahler\*       Sozialhilfe       Sozialhilfe beantragt

Besteht eine Beihilfeberechtigung? Ja       Nein

Rechnungsempfänger (bitte vollständige Anschrift angeben):

:

Bekannte ärztliche Diagnosen: \_\_\_\_\_

Inkontinenz\*:      Ja       Nein

Diese Anmeldung ist\*:      verbindlich       unverbindlich

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Anmeldenden

**Sehr wichtig:**

\*Bitte füllen Sie diesen Aufnahmebogen vollständig aus! Vielen Dank 😊