

# Anmeldung zur Tagespflege



**Bitte vollständig ausfüllen!**

Tagespflege	Gewünschter Zeitraum ab:	Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Bescheid vom:	
Familienname:		Vorname:		
Geburtsname:		Konfession:		
Straße:		Wohnort:		
Geboren am:		Geburtsort:		
Staatsangehörigkeit:		Tel.:		
Bezugsperson (Name, Anschrift und Telefonnummer):				
<u>Gerichtlich bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter</u> (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"/>
Krankenkasse:		Versicherungsnummer:		
		Kennnummer der Versicherung: (auf der Chip-Karte)		
Pflegekasse:		Versicherungsnummer:		
Anschrift:				
Name des Hausarztes:		Rezeptgebühren befreit: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Anschrift:				

verheiratet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	Verwitwet seit:
--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------

<b>Selbstzahler</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sozialhilfe</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sozialhilfe wurde beantragt am:</b>	
Besteht eine Beihilfeberechtigung?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Corona Impfung erhalten:  
 Ja     Nein    Wenn ja, Datum der 2. bzw. 3.Impfung: \_\_\_\_\_

Direkte Abrechnung des Eigenanteils über die Betreuungs- und Entlastungsleistungen von 125 € per Abtretungserklärung ( siehe Anhang ) mit der Pflegekasse erwünscht:  
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: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie die Kostenzusage der Pflegekasse in Kopie bei uns ab!**

Ich willige der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner o.g. personenbezogenen Daten zum Zwecke der vorvertraglichen und vertraglichen Maßnahmen durch die ‚DGD Haus des Lebens gGmbH‘ ein. Widerrufe können jederzeit erfolgen unter [info@hdl-herborn.de](mailto:info@hdl-herborn.de). Weitere Details zur Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung unter [www.hausdeslebens.de](http://www.hausdeslebens.de).

Diese Anmeldung ist:    verbindlich     unverbindlich

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Anmeldenden

**Bitte geben Sie uns den vollständig ausgefüllten Aufnahmebogen zurück.  
Vielen Dank!**