

Anmeldung zur Tagespflege

Betreuungszeit: _____

Nachfolgende personenbezogene Daten werden erhoben, verarbeitet und ggf. zu abrechnungstechnischen Zwecken an Pflegekassen oder Rechnungszentren weitergegeben.

1. Antragstellerin, Antragsteller

Name, Vorname, Geburtsname:

Adresse:

Telefon: Geburtstag: Geburtsort: Konf.:

Staatsangehörigkeit: Familienstand:

Name, Adresse und Telefonnummer der Ehepartner/Kinder:

.....
.....
.....
.....

2. () Gesetzliche Betreuung () Vorsorgevollmacht

Seit: Name, Vorname: Telefon:

Anschrift:

verwandt? () ja, wie ? () nein

Wirkungskreis:

3. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor () ja () nein

Wer ist als Vertrauensperson genannt?

.....
Name, Vorname Telefon

.....
Adresse

4. Behandelnde/r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Adresse:.....

.....Telefon:.....

5. Benutzen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehwagen)

() nein

() ja.....

6. a) Kranken- und Pflegekasse:

Adresse:

Versicherungsnummer:

b) Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung?

() ja

() nein

Der MDK hat bereits festgestellt: die Pflegegrade () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

7. Mitzubringen sind:

- Aktueller Medikamentenplan
- Medikamente
- Inkontinenzartikel
- Ersatzkleidung

8.

Anmerkung:.....
.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers
gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter