

Vormerkung zur Aufnahme in der Tagespflege

1. Vor- und Zuname ggf. Geburtsname				
2. Adresse	Straße		PLZ/Ort	
	Telefon			
3. Geburtsdaten/Ort	Geburtsdatum	Ort		
4. Familienstand		6. Konfession		7. Staats- angehörigkeit
5. Hauptansprechpartner	Name			
	Straße/PLZ/Ort			
	wie verwandt			
	Telefon / Mobil / E-Mail			
6. Weitere Ansprechpartner	Name			
	Straße/PLZ/Ort			
	wie verwandt		Telefon / Mobil / E-Mail	
	Name			
	Straße/PLZ/Ort			
	wie verwandt		Telefon / Mobil / E-Mail	
7. <input type="checkbox"/> Amtliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vollmacht Bitte Kopie der Vollmacht/ Betreuung mitbringen.	Name			
	Straße/PLZ/Ort			
				Telefon
8. Hausarzt	Name			
	Straße/PLZ/Ort			
	Telefon			

10. Kostenträger	<p>Pflegekasse: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Versicherungsnummer: _____</p> <p>Pflegegrad: _____</p> <p>Festgestellt durch Bescheid vom: _____</p> <p>Bitte informieren Sie die Pflegekasse über den Besuch der Tagespflege.</p> <p>Besteht Anspruch auf Beihilfe (z.B. Beamte)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche Beihilfestelle ist zuständig?</p> <p>Wollen Sie den monatlichen Entlastungsbetrag von 125 € für die Finanzierung der Tagespflege z. B. für den Eigenanteil in Anspruch nehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
11. Gewünschte(r) Wochentag(e)	<p>Montag <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/></p> <p>Dienstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/></p> <p>Mittwoch <input type="checkbox"/></p>
12. Inanspruchnahme des Hol- und Bringdienstes	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: <input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> nachmittags</p>
13. Ambulanter Pflegedienst	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welcher?</p>
14. Rechnungsstellung	<p>Tagespflegegast <input type="checkbox"/></p> <p>Angehörige/Betreuer <input type="checkbox"/> An Herrn/Frau _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>_____</p>

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden