

**Tagespflege "Helfen mit Herz und Verstand"**

Rathausstraße 31,
97274 Leinach
Tel.: 0931 / 46 58 55 14
Fax: 0931 / 4 67 61 43
Internet: www. ambulante pflegespeitel.de
E-Mail: info@ambulante pflegespeitel.de

Eingangsvermerk der Tagespflege

Anmeldung zur Tagespflege

Version 11_2020

(Bitte zusammen mit der ärztlichen Bestätigung zur Tagespflege einsenden)

1. Vor- u. Zuname						
2. Adresse (Straße/PLZ/Ort)					Tel.	
3. Derzeitiger Aufenthalt						
bei Krankenhaus bitte entsprechende Adresse					Tel.	
4. Geburtsdaten/-ort	Datum			Ort		
5. Familienstand	verh. <input type="checkbox"/>	verw. <input type="checkbox"/>	gesch. <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	Konfession	Staatsangehörigkeit
6. Angehörige	a) Name					
	Straße/PLZ/Ort					
	wie verwandt				Tel.	
	b) Name					
	Straße/PLZ/Ort					
	wie verwandt				Tel.	
	c) Name					
	Straße/PLZ/Ort					
	wie verwandt				Tel.	
7. Betreuer nach Betreuungsrecht	Name					
	Straße/PLZ/Ort				Tel.	
Wirkungskreis der Betreuung	Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/>		Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/>		ärztliche Versorgung <input type="checkbox"/>	
8. Hausarzt	Name					
	Straße/PLZ/Ort				Tel.	
9. Gewünschte Besuchstage	MO <input type="checkbox"/>	Di <input type="checkbox"/>	Mi <input type="checkbox"/>	DO <input type="checkbox"/>	Fr <input type="checkbox"/>	Datum
	Datum					
Gewünschter Fahrdienst	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>			
10. Hinweise, Ergänzungen						
11. Pflegestufe	(Bitte Pflegesatzbescheid beifügen)					
Kranken- bzw. Pflegekasse						
12. Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?					
Ort						
Datum	Unterschrift des Antragstellers			Unterschrift des Aufzunehmenden		