

## Anmeldung zur Tagespflege

### Bewerberin / Bewerber:

\_\_\_\_\_  
Name, Geburtsname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Anschrift, Telefon

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_

### Beginn der Tagespflege:

### Probetag:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Besuchstage

\_\_\_\_\_  
Häufigkeit

### Hilfebedarf:

\_\_\_\_\_  
Hilfsmittel

\_\_\_\_\_  
Krankheiten

\_\_\_\_\_  
Sonstiges

**Fahrdienst:**  privat  Fahrdienst Taxi  Krankentransport

### Hausärztin / Hausarzt:

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon, Fax

**Krankenkasse / Pflegekasse:**

Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon, Fax

**Werden bereits Pflegeleistungen gezahlt?**  ja  nein

**Falls ja, welcher Pflegegrad liegt vor?**  1  2  3  4  5

**Ansprechpartnerin / Ansprechpartner**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift, Telefon

**Gesetzliche / r Betreuerin / Betreuer**  **Bevollmächtigte / Bevollmächtigter**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift, Telefon

**Wer soll die Rechnung erhalten?**

Bewerberin / Bewerber  Ansprechpartnerin / Ansprechpartner

Gesetzliche / r Betreuerin / Betreuer  Bevollmächtigte / Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift