

# Anmeldung zur Tagespflege



Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten zum Zweck einer möglichen Aufnahme im MAW gespeichert werden.

**Aufnahme am:** \_\_\_\_\_

An welchen Tagen wird die Tagespflege besucht: Mo  Di  Mi  Do  Fr

Soll der Fahrdienst in Anspruch genommen werden? ja  nein

## Persönliche Angaben (Bitte Kopie des Personalausweises beifügen)

Name /Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdaten  
 geboren am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse  
 Straße / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Familienstand  verheiratet  geschieden  ledig  verwitwet

Konfession \_\_\_\_\_ 7. Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

## Angehörige / Kontaktpersonen

Name, Vorname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (dienstlich) \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Betreuer/in gem. Betreuungsgesetz oder Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Grundlage (gesetzl. Betreuung, Vollmacht etc.)

Adresse

Telefon

Wirkungskreis

Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitsfürsorge

Vermögenssorge

Behördenangelegenheiten

Postvollmacht

Sonstige: \_\_\_\_\_

**(bitte Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Vollmacht beifügen)**

Patientenverfügung

ja

nein

(wenn ja, bitte Kopie beifügen)

## Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname

Adresse

Telefon

Fax

Falls Ihr Hausarzt Sie in unserem Haus nicht betreuen kann, sind Sie damit einverstanden, dass der zuständige Wohnbereich einen Arzt für Sie wählt?

ja

nein, ich möchte folgenden Arzt: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Adresse

Telefon

Zuzahlung zu Medikamenten  befreit

nicht befreit

**(bitte Kopie des Befreiungsausweises beifügen)**

Liegt bereits ein Pflegegrad vor?

ja, Grad \_\_\_\_\_

**(bitte Kopie des Leistungsbescheides zufügen)**

Falls nein, läuft bereits ein Einstufungsverfahren?

ja

nein

Selbstzahler:

ja

nein

Sozialhilfeantrag

wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

wird gestellt

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

# Fragen zur Aufnahme

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

## Hilfsmittel die mitgebracht werden

Brille / Kontaktlinsen  ja  nein

Hörgerät  ja  nein

Zahnprothese  oben  unten  nein

Arm-/Beinprothesen  ja  nein

Gehhilfen: Rollstuhl  Rollator  Gehstock

## Benötigen Sie besondere Kostform?

fettarme / salzarme Kost  Schonkost

Diabetes-Kost  vegetarische Kost

Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

nicht bekannt

Sonstiges:

---

---

---

---

Ort / Datum

Unterschrift