



SENIORENZENTRUM DIENSTLEISTUNGS-GMBH DURACH

Anmeldebogen für die Tagespflege

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

geb. am: _____ in: _____ Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____ Religion: _____

Wohnort: _____ Str.: _____ Tel Nr. _____

Besteht eine gesetzliche Betreuung? nein ja, vom _____

Besteht eine Vollmacht? nein ja, vom _____

**Name der Angehörigen (Beziehungsgrad) / des Betreuers/Bevollmächtigten,
Anschrift, Telefonnr.**

Ab welchem Zeitpunkt wollen Sie aufgenommen werden? Besuch ab _____

Ein Besuch der Tagespflege ist regelmäßig gewünscht am (ausgenommen Feiertage):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Ist ein Fahrdienst gewünscht? nein ja **Rollstuhl** nein ja

Haben Sie Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz beantragt?

nein ja

wenn ja, Bescheid über Eingruppierung liegt vor:

nein

ja, Pflegegrad: ___ seit: _____

eingeschränkte Alltagskompetenz

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____ Tel: _____

Schwerbehindertenausweis ja nein, beantragt ja nein

Patientenverfügung ja nein

Beihilfeberechtigt ja nein

Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert werden.

Datum: _____ Unterschrift _____

**Bitte geben Sie uns telefonisch Bescheid wenn Sie an einer Vormerkung nicht mehr interessiert sind.
Andernfalls nehmen wir Ihre Anmeldung nach 1 Jahr aus unserer Warteliste.**