



# SENIORENZENTRUM DIENSTLEISTUNGS-GMBH DURACH

## Anmeldebogen für die Tagespflege

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_ früherer Beruf: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Str.: \_\_\_\_\_ Telnr. \_\_\_\_\_

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.**