

Anmeldung für die Tagespflegestelle „EL-Rosa“

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

geb. am: _____ Telefon: _____

Krankenversicherung bei: _____

Mitgliedsnummer: _____ Pflegegrad: _____

Besteht Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI: Ja Nein

Wer trägt die Kosten: _____

(Sind Sie Selbstzahler bzw. welcher Sozialhilfeträger zahlt?)

Ab wann wird die Betreuung in der Tagespflege gewünscht: _____

Betreuungstag/-e: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Wird ein Probetag gewünscht: Ja Nein

Grund der Pflegebedürftigkeit (evtl. Diagnosen) _____

Benötigte Versorgung: _____

Besonderheiten/Wünsche: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Werden Sie ambulant durch eine Sozialstation versorgt: Ja Nein

Name: _____ Tel.: _____

Angehörige/-r (Name, Vorname): _____

Verwandtschaftsverhältnis und/oder Betreuer/-in: _____

(z.B. Ehepartner/-in, Tochter, Sohn sowie Vorsorgebevollmächtigte/-r)

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

Besteht eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung: Ja Nein

Datum/Unterschrift Antragsteller/-in

Datum/Unterschrift Betreuer/-in