

Besuch der Tagespflege Mo Di Mi Do Fr

(Bitte diese Anmeldung sorgfältig und vollständig ausfüllen)

Dr. Prior Straße 5
66763 Dillingen

Telefon 06831 / 9667970
Telefax 06831 / 96679719

www.altenheim-dillingen.de

1. Gastbezogene Daten:

Name, Vorname:	Geburtsname:
geboren am:	in:
wohnhaft in: (PLZ/Wohnort)	Straße:
Telefon:	Kreis/Land
Familienstand:	Konfession:
Aufenthaltsort z. Zeit:	Staatsangehörigkeit:
Personalausweis / Geburtsurkunde: <input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/>
Krankenkasse/Pflegekasse:	Versicherungsnummer:
Krankenkassenkarte vorhanden <input type="checkbox"/>	Befreiungsausweis (Zuzahlung für Medikamente) <input type="checkbox"/>

2. Pflegerelevante Daten:

Einstufungsbescheid in der häusliche Pflege liegt vor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
(bitte Kopie für die Einrichtung beifügen)	
Neuer Pflegegrad: _____	
Eingeschränkte Alltagskompetenz bestätigt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
nach § 45a	
Hausarzt: _____	Anschrift: _____
Telefon: _____	_____

Aufnahmetag: _____

3. Daten zu Angehörigen / Betreuern:

Name, Vorname (1. Ansprechpartner): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Name, Vorname (2. Ansprechpartner): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Betreuung/Bevollmächtigung vorhanden:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Name, Anschrift, Telefon: _____			
Urkunden beigelegt:	Bestellungsurkunde	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	(bei Betreuung über Amtsgericht)		
	Notarielle Vollmacht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Patientenverfügung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Vorsorgevollmacht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstige: _____			
(bitte Kopie für die Einrichtung beifügen)			

Transport mit Fahrdienst: ja nein

4. Persönliche Daten:

Wer trägt die Kosten der teilstationären Pflege

Pflegekasse → Kostenübernahmeantrag ist gestellt am _____

muss noch gestellt werden

Zahlungen von Privat

Kreisverwaltung → Kostenübernahmeantrag ist gestellt am _____

muss noch gestellt werden

Zuständiges Sozialamt _____ (bei Einzelzimmer ist Attest v. Hausarzt erforderlich)

Gewünschte Zahlungsart:

Lastschrifteinzug:

Überweisung:

Rentenüberleitung:

Rechnungsempfänger:

Angehöriger _____

Betreuer

sonstige (bitte Name und Anschrift) _____

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich

Ein Beratungsgespräch hat am: _____ mit Frau/Herrn _____ stattgefunden.

Ort/Datum _____

Unterschrift des Antragstellers / Aufzunehmenden _____