



## Tagespflege

Sehr geehrter Gast,

wir freuen uns, dass Sie sich zur Tagespflege in unserem Hause entschieden haben.

Bevor wir Sie in unserem Hause begrüßen können, benötigen wir noch folgende Unterlagen:

- Anmeldung zur Tagespflege
- Ärztlicher Fragebogen
- Personalausweis
- Krankenversicherungskarte
- Rezeptbefreiung
- Bescheid der Pflegekasse über die Einstufung
- Wenn ein Betreuer bestellt ist die Urkunde des Amtsgerichtes
- Kopie der Vollmachten

Bitte vergessen Sie nicht für Ihren Aufenthalt bei uns mitzubringen:

Medikamente  
Inkontinenzartikel  
evtl. Gehhilfen bzw. Rollstuhl  
Wäsche zum Umkleiden



## Anmeldung zur Tagespflege

Die Tagespflegeeinrichtung ist in der Regel von 8.00 Uhr bis 17.30 Uhr geöffnet

Anmeldung für \_\_\_\_\_ . Der Fahrdienst wird für folgende Tage vereinbart

	Ganztags	Vormittags	Nachmittags	Holen	Bringen
<input type="radio"/> Montag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dienstag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Mittwoch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Donnerstag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Freitag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Samstag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sonntag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Persönliche Daten des zukünftigen Tagespflegegastes

Name:	Vorname:	Geburtsname:
Wohnort:	Postleitzahl:	Strasse/ Hausnummer:
Telefonnummer:	Konfession:	Pfarrei:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Familienstand:
Staatsangehörigkeit:	Pflegestufe: Bescheid beilegen	Pflegekasse:

### Wichtige Adressen

<b>Hausarzt:</b>	Telefonnummer:	Faxnummer:
Wohnort/ Postleitzahl:	Strasse/ Hausnummer:	HandyNr.
<b>Facharzt:</b>	Telefonnummer:	Faxnummer:
Wohnort/Postleitzahl:	Strasse/ Hausnummer:	HandyNr.
<b>Angehörige</b>	Telefonnummer:	Faxnummer:
Wohnort/ Postleitzahl:	Strasse/ Hausnummer:	HandyNr.
<b>Angehörige</b>	Telefonnummer:	Faxnummer:
Wohnort/ Postleitzahl:	Strasse/ Hausnummer:	HandyNr.



**Bitte erläutern Sie kurz aus Ihrer Sicht den Grund für die Anmeldung:**

---

---

---

### **Anlage zum Heimvertrag**

Der Bewohner erklärt sich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt das Heim über die Erfordernisse der täglichen Pflege informiert und die erforderlichen Medikation schriftlich mitteilt. Er befreit ihn insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Trier den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des zukünftigen  
Heimbewohners oder dessen  
gesetzl. Vertreters)