

## Anmeldung für die Tagespflegestätte „EL-Friede“

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