

Anmeldung zur Tagespflege

Tagespflege für Senioren - Familie Dr. Heindorf, Angerstr.60, 31848 Bad Münder



Name, Vorname(n): _____
Anschrift: _____
Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____
Geburtsname: _____ **erl. Beruf:** _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
Geschlecht: männlich weiblich
Konfession: katholisch evangelisch sonstige: _____
Nationalität: deutsch sonstige: _____
Versicherungsverhältnis: Rentner sonstiges: _____

Anmeldung für folgende Tage	Fahrdienst	
	Holen	Bringen
<input type="radio"/> Montag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Dienstag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Mittwoch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Donnerstag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Freitag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wer stellt den Antrag für die Tagespflege? ich selbst Betreuer Bevollmächtigter

Name, Vorname *PLZ und Wohnort* *Telefon*

Angehörige 1:

Verwandschaftsgrad

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, privat *Telefon dienstlich* *Telefon Mobil*

Angehörige 2:

Verwandschaftsgrad

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, privat *Telefon dienstlich* *Telefon Mobil*

Haben Sie einen durch das Amtsgericht bestellten Betreuer?

Ja Nein

Betreuer Anschrift:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, Telefax

Aktenzeichen

Einstweilige Anordnung gilt bis zum

Betreueraufgaben

Krankenkasse:

Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Versichertennummer:

Haben Sie bereits eine Pflegestufe?

Ja Nein Pflegestufe ist beantragt

Falls ja, in welcher Pflegestufe sind Sie?
(Bitte Bescheid beifügen)

Stufe I Stufe II Stufe III Stufe III+

Sind Sie befreit von Zuzahlungen?

Ja Nein

Hausarzt:

Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon

Werden Sie zusätzlich von einem ambulanten Pflegedienst versorgt?

Ja Nein

Pflegedienst:

Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon

Bekommen Sie Pflegegeld?

Ja Nein

Haben Sie Anspruch auf Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 47b SGB XI?

Ja Nein

Wenn ja, wieviel?

Grundbetrag (100,00 €) erweiterter Betrag (200,00 €)

Haben Sie Sozialhilfe beantragt? Ja Nein

Zuständiges Sozialamt: _____

Aktenzeichen: _____

Rechnungsempfänger für die Abrechnung des Eigenanteils

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Zahlungsart: per Rechnung (Zahlungsziel: 5 Tage nach Rechnungszustellung)

per Bankeinzug

Bankverbindung: **Bankname:** _____
(nur bei Bankeinzug)

Kontonummer: _____ **Bankleitzahl:** _____

Kontoinhaber: _____

Datenschutz

Wir verwenden Ihre Bestandsdaten ausschließlich zur Abwicklung unserer Leistungen. Alle Bewohnerdaten werden unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) von uns gespeichert und verarbeitet.

Weitergabe an Dritte

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Hausadresse und Telefonnummer nicht an Dritte weiter. Ausgenommen hiervon sind unsere Dienstleistungspartner, die zur Bestellabwicklung die Übermittlung von Daten benötigen (z.B. Apotheke, Hausarzt, sowie unsere medizinischen Partner für Heil & Hilfsmittel und das mit der Zahlungsabwicklung beauftragte Kreditinstitut). In diesen Fällen beschränkt sich der Umfang der übermittelten Daten jedoch nur auf das erforderliche Minimum.

Fotodokumentation

Im Fall einer notwendigen Wundversorgung bin ich mit einer Fotodokumentation des Wundgebietes einverstanden.

Erklärung

Alle meine Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

(Insofern keine Personengleichheit besteht)