

Anmeldebogen zur Tagespflege

Name, Vorname:		Pflegegrad:	
Anschrift:		Krankenkasse:	
		Versichertenrnr:	
Geburtsdatum/-ort:		Telefon:	
Staatsangehörigkeit:		Konfession:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> wohnt allein	<input type="checkbox"/> mit:	
Angehörige			
1. Name:		Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift:		Telefon:	
2. Name:		Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift:		Telefon:	
Betreuung / Vollmacht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		Name:	
Anschrift:		Telefon:	
Aufgabenkreis: <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Post			
Hausarzt			
Anschrift:		Telefon:	
Andere Ärzte:			
Patientenverfügung vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie einreichen !			
Gesundheitszustand / Diagnosen:			
<input type="checkbox"/> Demenz	Bestehen Weglauftendenzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sondenernährung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versorgung durch Pflegedienst:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Tel-Nr. und Anschrift
Erbrachte Leistungen durch Pflegedienst			
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		<input type="checkbox"/> Entlastungsleistungen	
<input type="checkbox"/> Grundpflege		<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	
Medikamentenplan liegt vor		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamentenbestellung erfolgt durch		<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/>
Medikamentenverabreichung erfolgt durch		<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/>

Betreuung durch die Tagespflege

Anmeldung für folgende Tage	Holen		Bringen		Zeiten in der Tagespflege		Rollator/ Rollstuhl
	Fahrdienst	privat	Fahrdienst	privat	von	bis	
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Beginn ab:							
<p>Bitte beachten Sie:</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass der Tagespflegegast zu den vereinbarten Abholzeiten in Tageskleidung zur Abholung bereit ist. Falls Sie Unterstützung beim morgendlichen Ankleiden benötigen, können Sie sich gern an unsere Sozialstationen wenden.</p>							
Ort, Datum					Unterschrift		

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch folgende Unterlagen mit:

- + Antrag auf Tagespflege
- + Bescheid über Pflegeeinstufung
- + Ärztlicher Fragebogen (mit Unterschrift und Arztstempel)
- + Aktueller Medikamentenplan mit Arztstempel und Datum
- + Kopie Personal-/Schwerbehindertenausweis
- + Kopie Patientenverfügung / Betreuerausweis / Vollmachten
- + Biografiebogen
- + Leeres DIN A5-Heft

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse über die Höhe Ihrer Entlastungsleistung, wenn diese für die Tagespflege genutzt werden soll.

		Verteiler:	Alle Bereiche		DRK – teilstationär		Seite 3 von 4
		Änderungsstand:		Auflage:		Doku.-Nr.:	
erstellt am:	10.01.18	geändert am:		freigegeben am:	10.01.18	Stichwort:	Anmeldebogen
erstellt von:	QMB	geändert von:		freigegeben von:	PDL	Hersteller:	

**Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung
personenbezogener Daten**

Hiermit willige ich,

geboren am _____

ein, dass meine oben angegebenen Daten durch das

DRK Tagespflege Lindenstraße, Lindenstraße 41, 38524 Sassenburg

zum Zwecke der Heimplatzvergabe gespeichert und ggf. an andere DRK-interne
Einrichtungen des Kreisverbandes Gifhorn weitergeleitet werden dürfen

Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

Grußendorf,
(Ort, Datum)

Unterschrift des Interessenten bzw. seines Vertreters

		Verteiler:	Alle Bereiche		DRK – teilstationär		Seite 1 von 4
		Änderungsstand:		Auflage:		Doku.-Nr.:	
erstellt am:	10.01.18	geändert am:		freigegeben am:	10.01.18	Stichwort:	Anmeldebogen
erstellt von:	QMB	geändert von:		freigegeben von:	PDL	Hersteller:	