

Fachbereich Altenhilfe - teilstationär

### Anmeldebogen zur Tagespflege

<b>Name, Vorname:</b>		<b>Pflegegrad:</b>	
<b>Anschrift:</b>		<b>Krankenkasse:</b>	
		<b>Versichertennr:</b>	
<b>Geburtsdatum/-ort:</b>		<b>Telefon:</b>	
<b>Staatsangehörigkeit:</b>		<b>Konfession:</b>	
<b>Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Wohnsituation:</b>	<input type="checkbox"/> wohnt allein	<input type="checkbox"/> mit:	
<b>Angehörige</b>			
1. Name:		Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift:		Telefon:	
2. Name:		Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift:		Telefon:	
<b>Betreuung / Vollmacht:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	Name:	
Anschrift:		Telefon:	
		E-Mail:	
<b>Aufgabenkreis:</b>	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Post		
<b>Hausarzt</b>			
Anschrift:		Telefon:	
<b>Andere Ärzte:</b>			
<b>Patientenverfügung vorhanden:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie einreichen !			
<b>Gesundheitszustand / Diagnosen:</b>			
<input type="checkbox"/> Demenz	Bestehen Weglauftendenzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sondenernährung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Versorgung durch Pflegedienst:</b>		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, Tel-Nr. und Anschrift
<b>Erbrachte Leistungen durch Pflegedienst</b>			
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		<input type="checkbox"/> Entlastungsleistungen	
<input type="checkbox"/> Grundpflege		<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	
<b>Medikamentenplan</b> 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"/>
<b>Covid 19:</b>	1. Impfung erhalten <input type="checkbox"/>	2. Impfung erhalten <input type="checkbox"/>	nicht geimpft <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"/>
<b>Beginn ab:</b>							
<p><b>Bitte beachten Sie:</b></p> <p><b>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.</b></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
- + Impfnachweis Covid19
- + Leeres DIN A5-Heft

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

Fachbereich Altenhilfe - teilstationär

## 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

---