



An
Altenheim St. Elisabeth e.V.
- T A G E S P F L E G E -
Karlsruher Str. 14
68766 Hockenheim
Tel. 06205 / 9404 – 0
Fax 06205 / 9404 - 17

Eingangsvermerke

Anmeldung für Tagespflege

1. Name, Vorname

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

2. Geburtsdatum

3. Geburtsort

4. Familienstand

5. Konfession

6. Staatsangehörigkeit

7. Beruf

8. Besondere
Fähigkeiten /
Interessen

9. Grunderkrankung

10. Orientierung

Örtlich

zeitlich

persönlich

situativ

Ja

nein

ja

nein

ja

nein

ja

nein

11. Besondere Kostform

wenn ja, welche ?

12. Angehörige: Name

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

Verwandtschaftsgrad

13. Krankenkasse

Straße

PLZ / Ort

Krankenvers. Nr.

14. Pflegegrad

1	2	3	4	5	Lt. Schriftlicher Bescheid vom _____ (Kopie beigelegt)
Kein schriftlicher Bescheid der Pflegekasse / Pflegegrad abgelehnt					
Es wurde die Eingruppierung beantragt					

15. Rechnungsempfänger: Für Unterkunft und Verpflegung / Investitionskosten / gegebenenfalls Eigenbeteiligung

Name

Straße

PLZ / Wohnort

Für pflegebedingten Aufwand

<input type="checkbox"/>	Siehe oben	<input type="checkbox"/>	Krankenkasse
--------------------------	------------	--------------------------	--------------

16. Hausarzt / Name

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

17. Gewünschte Teilnahme an der Tagespflege

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="checkbox"/>				

18. Kostenpflichtiger Fahrdienst erwünscht

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------

19. Patientenverfügung vorhanden ?

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Kopie beifügen
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	----------------

20. Entfernung zwischen Wohnort und Tagespflege

Angabe in Kilometer

21. Anmeldung zum

22. Sonstiges

<input type="text"/>		
Ort	Datum	Unterschrift