



**Anmeldung zur Tagespflege**

von Montag – Freitag 08:00 – 16:30 Uhr

Nur an folgenden Tagen:  Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  
 Freitag

Jeweils von 8:00 Uhr – 16:30 Uhr

Ich nehme den Fahrdienst in Anspruch:  ja  nein

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Personalausweis / Pass Nr.: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis:  nein  ja: \_\_\_\_\_ % (Bitte Kopie beifügen)

Hauptwohnsitz: Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

☎: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Angehörige und / oder nahe stehende Personen:

Verwandtschaftsgrad:	Vor- und Nachname:	Anschrift + E-Mail	☎:



## Seniorendienste gGmbH

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

Ist eine notariell beglaubigte Vorsorgevollmacht vorhanden?  ja  nein  
Wenn "ja": Bitte Kopie beifügen.

Besteht eine gesetzliche Betreuung:  ja\*  nein

Name des Betreuers oder Bevollmächtigten\*: \_\_\_\_\_

Betreuungsgerichtliche Anordnung der gesetzlichen Betreuung\* vom: \_\_\_\_\_

\*Bitte Kopie beifügen!

Grund bzw. Umfang:

- Vermögensangelegenheiten  Gesundheitsvorsorge  
 Aufenthaltsbestimmungsrecht  Postangelegenheiten

Krankenkasse / Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Anschrift der Kasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Rezeptgebührenbefreiung:  ja\*  nein

\*Bitte Kopie beifügen

Andere Zuschüsse / Einkünfte:

Beihilfeansprüche (z. B. Beamte) von woher? \_\_\_\_\_

sonstige Leistungsansprüche zur Pflege: \_\_\_\_\_

Sozialhilfe

Wurde bereits ein Antrag auf Sozialhilfe im Rahmen der "Hilfe zur Pflege" (BSHG § 68 / § 69) gestellt?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Sozialamt? \_\_\_\_\_

Aktuelle Pflegestufe:  0G  1  2  3  Härtefallregelung

Wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine "erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz" festgestellt?

ja\*  nein

\*Wenn ja, bitte Kopie des Bescheides beilegen.



## Seniorendienste gGmbH

Ist ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Fachärztliche Diagnostik gegeben?  ja  nein

Falls nein,:

fachärztliche Diagnostik vor der Aufnahme möglich?  ja  nein

Arztberichte oder Krankheitsunterlagen vorhanden?  
(falls ja, bitte Kopien beilegen)  ja  
 nein

Aktuelles ärztliches Zeugnis vorhanden?  ja  
 nein

Gefähigkeit der / des Betroffenen  erhalten  eingeschränkt  
 stark eingeschränkt  nicht vorhanden

Bewegungsbedürfnis:  groß  mittel  gering

Besonderheiten bei der Pflege und Versorgung, Verhaltensbesonderheiten, aktuelle Schwierigkeiten, sonstige Behinderungen:

---

---

Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten?  ja  nein  
Wenn "Ja" – welche?

---

---

Psychische / Psychiatrische Erkrankungen:  ja  nein

---

---

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

☎: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 📧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## Seniordienste gGmbH

Die Anmeldung zur Tagespflege erfolgt durch: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

☎: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung: Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten für sozialplanerische und statistische Zwecke anonym verwendet werden dürfen.

ja

nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

---

Buchen, den

Unterschrift\*

\*Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Gestatten Sie uns zum Abschluss noch eine Frage?

**Wie sind Sie auf unsere Tagespflege aufmerksam geworden?**

---

---

---

Herzlichen Dank für Ihre Angaben!

**eva Seniordienste gGmbH**

- **Tagespflege:** Rüdt von Collenberg Haus, Ziegeleistr. 28,  
74722 Buchen; Tel. 06281 / 32 54 61