

**Anmeldung
Tagespflege Weingarten /
Ambulanter Pflege- und Sozialdienst**



Bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig aus. Vielen Dank.

Anmeldung für	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse, HausNr, PLZ, Wohnort	
Tel. / Handynummer	
eMail	

Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> -> beantragt am : _____
Krankenkasse/Ort:	VersicherungsNr:
Pflegekasse (siehe Bescheid):	
Beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____ %	
Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkung:	

Zuständige Ansprechperson	
Name, Vorname	
Strasse:	
PLZ Ort	
Telefonnr (Festn. /Mobil)	
eMail	
Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Partner:in <input type="checkbox"/> Tochter / Sohn <input type="checkbox"/>
Vollmacht / Betreuung für	<input type="checkbox"/> Finanzen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/>

Hausarzt (Name und Kontaktdaten)
<p>Bitte legen Sie das ärztliche Zeugnis des Hausarztes der Anmeldung bei.</p>

Haben Sie eine Infektionskrankheit?

MRSA: nein ja **Hepatitis:** nein ja-> A / B / C / D / E **HIV:** nein ja

Magen- / Darm (bspw. VRE / Clostridien): nein ja

Sonstige: _____

Gewünschte Leistung

- Tagespflege** (Pflegeversicherung)
- Nachbarschaftshilfe** (nur bei fehlendem Pflegegrad möglich)
- Häusliche Krankenpflege** (Nur mit Verordnung durch Arzt)
 - Kompressionsstrümpfe an /Ausziehen
 - Medikamentenversorgung / Insulingabe
 - Wundverbände
 - Vitalzeichenkontrolle

Sonstiges: _____

- Pflegesachleistung**
- Betreuung -und Entlastungsleistung**
- Verhinderungspflege**

Hilfe bei der Haushaltsführung und oder Pflege (täglich / wöchentlich). Bitte konkret benennen.

Kombinationsleistung: ja nein **Verteilung:** ____ / ____

Sachleistung: ja nein

Selbstzahler: ja nein

Landratsamt Ergänzende Hilfe: nein ja -> Aktz.: _____

Folgende Unterlagen benötigen wir von Ihnen:

- aktuelle Übersicht der Diagnosen und Medikamentenblatt vom Arzt (gerne per Fax an uns)
- Bescheid Pflegekasse (Pflegegrad / Leistungsbewilligung)
- Vollmacht / Betreuung / Patientenverfügung in Kopie
- Bescheid Beihilfe (wenn beihilfeberechtigt)
- Bescheid Kostenübernahme Landratsamt

Datum/ Unterschrift: _____
Klient/Klientin