

**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