

Anmeldung zur Tagespflege

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.		
1. Zuname: (Familienname, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)		
2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)		
3. Wohnung: (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet) _____ (Postleitzahl) (Wohnsitz, Gemeinde) _____ (Straße und Hausnummer)		
4. Geburtsdaten: (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben) am: _____ in: _____		
5. Familienstand:		6. Konfession:
7. Staatsangehörigkeit:		
8. Angehörige:		
a) _____ (wie verwandt?)	_____	_____
_____	(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Vor- und Zuname) (E-Mail)
_____		(Straße, Hausnummer, Telefon)
b) _____ (wie verwandt?)	_____	_____
_____	(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Vor- und Zuname) (E-Mail)
_____		(Straße, Hausnummer, Telefon)
c) _____ (wie verwandt?)	_____	_____
_____	(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Vor- und Zuname) (E-Mail)
_____		(Straße, Hausnummer, Telefon)
(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)		
9. Betreuer: (Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen) _____		

(Vor- und Zuname) (E-Mail)		

(Straße und Hausnummer)		
10. Krankenkasse:		
11. Pflegestufe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?		
12. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat)		
13. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:		

14. Zuzahlungsbefreit:	bei Arzneimitteln: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja										
15. Name des Hausarztes:	Dr.:										
	Anschrift:										
16. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 33%;">Art des Einkommens (z.B. Rente)</th><th style="width: 33%;">Zahlende Stelle</th><th style="width: 33%;">Betrag in Euro</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="height: 20px;"> </td></tr></table>	
Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro									
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe muss beantragt werden!											
17. Gewünschte Tage: (Zutreffende bitte ankreuzen)											
<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag											
18. Termin: (Für wann/Ab wann wird die Tagespflege gewünscht?)											
19. Wird der Tagesgast zuhause von Essen auf Rädern beliefert?											
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von welchem Lieferanten?											
.....											
20. Wird der Tagesgast zuhause von einem ambulanten Pflegedienst versorgt?											
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von welchem Dienst?											
.....											
21. Wer stellt diesen Antrag für den Tagesgast?	_____										
	(Vor- und Zuname)										

	(Straße und Hausnummer)										

	(In welcher Eigenschaft?)										
22. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:											

Pflegezentrum Steinheim "Mainterrasse" GmbH
Kirchstraße 4-7
63456 Hanau

Tel.: 06181 - 66720
www.mainterrasse.de

Fax: 06181 - 6672111

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	
Datum:	Unterschrift des Antragstellers:
Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.	
Wie bzw. durch wen sind sie auf unser Haus aufmerksam geworden?	
Für Vermerke der Einrichtung:	