

Pflegezentrum Steinheim „Mainterrasse“, Kirchstraße 4, 63456 Hanau-Steinheim
 Tel.: 06181/6672-0, Fax: 06181/6672-111, E-Mail: info@mainterrasse.de,

Steinheimer Tagespflege im Familien- und Generationszentrum, Ludwigstraße 29, 63456 Hanau-Steinheim
 Tel. 06181/9883585, Fax: 06181/9883568, E-Mail: steinheimer.tagespflege@mainterrasse.de, www.mainterrasse.de

Anmeldung zur Tagespflege

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?) _____ (Vor- und Zuname) (E-Mail) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, Telefon)		
b) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname) (E-Mail) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer, Telefon)		
c) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname) (E-Mail) _____ (Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde) (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:		

Pflegezentrum Steinheim „Mainterrasse“, Kirchstraße 4, 63456 Hanau-Steinheim
 Tel.: 06181/6672-0, Fax: 06181/6672-111, E-Mail: info@mainterrasse.de,

Steinheimer Tagespflege im Familien- und Generationszentrum, Ludwigstraße 29, 63456 Hanau-Steinheim
 Tel. 06181/9883585, Fax: 06181/9883568, E-Mail: steinheimer.tagespflege@mainterrasse.de, www.mainterrasse.de

11. Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welcher?
12. Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat) / Mitgliedsnummer der Krankenkasse:		
13. Sind zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45b genehmigt? (bei Demenz)		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie hoch?		
14. Zuzahlungsbefreit:		bei Arzneimitteln: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
15. Name des Hausarztes:		Dr.:
		Anschrift:
16. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)		
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?		
.....		

Pflegezentrum Steinheim „Mainterrasse“, Kirchstraße 4, 63456 Hanau-Steinheim
Tel.: 06181/6672-0, Fax: 06181/6672-111, E-Mail: info@mainterrasse.de,

Steinheimer Tagespflege im Familien- und Generationszentrum, Ludwigstraße 29, 63456 Hanau-Steinheim
Tel. 06181/9883585, Fax: 06181/9883568, E-Mail: steinheimer.tagespflege@mainterrasse.de, www.mainterrasse.de

21. Wer stellt diesen Antrag für den Tagesgast?	_____
	(Vor- und Zuname)

	(Straße und Hausnummer)

	(In welcher Eigenschaft?)
22. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:	
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	
Datum:	Unterschrift des Antragstellers:
Wie bzw. durch wen sind sie auf unser Haus aufmerksam geworden?	
Für Vermerke des Heims:	