

Anmeldebogen Tagespflege

Karl- Liebknecht Str. 27
19370 Parchim



Deutsches
Rotes
Kreuz

| Personalien | |
|---|---|
| Name/Vorname | |
| Anschrift | |
| Telefon | |
| Geburtsdatum/-ort | |
| Familienstand | |
| Konfession | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Angehörige | |
| 1.Name/Vorname | |
| Verwandtschaftsverhältnis | |
| Anschrift | |
| Telefon/ E-Mail | |
| Pflege in der Häuslichkeit | |
| Durch Angehörige | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Durch Sozialstation | |
| | |
| Medizinische Versorgung | <input type="radio"/> Insulingabe <input type="radio"/> Medikamentengabe <input type="radio"/> sonstiges: |
| Medizinische Diagnosen | |
| | |
| Hilfsmittel | |
| | <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Gehhilfe <input type="radio"/> Rollstuhl |
| | <input type="radio"/> Vorsorgevollmacht <input type="radio"/> Gesetzliche Betreuung |
| Betreuung: | |
| Name/Vorname | |
| Anschrift | |
| Telefon/E-Mail | |
| Hausarzt | |
| Name, Vorname | |
| Anschrift | |
| Telefon/Fax | |
| Folgende Erkrankungen sind auszuschließen: | |
| 1.Ansteckende Erkrankungen | |
| 2.Suchtkrankheiten | |
| 3.chron.psych. Erkrankungen | |
| 4.bakterielle Erkrankungen | |
| Krankenkasse/Pflegekasse | |
| Name | |
| Versicherungsnummer | |
| Pflegegrad vorhanden: | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 seit: |
| | Nein: beantragt am: |
| Einrichtungshinweise | |
| Zu unsere aktuellen Zuzahlungsbeträgen (Selbstzahleranteil) informieren wir Sie in einem ersten Gespräch. | |
| Gewünschte Betreuungstage: | |

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/
Gesetzl. Vertreter

Unterschrift Pflegefachkraft