



Anmeldung zur Tagespflege im

Bartholomäus Wohnpark

Hirtenackerstr. 45
95463 Bindlach
Tel.: 09208-603-0
Fax: 09208-603-444

Sehr geehrte Interessentin, liebe Antragstellerin / Sehr geehrter Interessent, lieber Antragsteller

Sie möchten sich bei uns für einen Platz in der Tagespflege anmelden. Wir möchten Sie dazu bitten, diesen Anmeldebogen sowie den beigegeführten ärztl. Fragebogen lückenlos auszufüllen, damit der Aufenthalt in unserem Haus gut vorbereitet und eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden kann.

Sollten Sie bei der Antragstellung oder Kostenklärung Hilfe benötigen, so stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Das ausgefüllte Anmeldeformular schicken Sie bitte mit allen Unterlagen zurück an:

Bartholomäus Wohnpark
z. Hd. Frau Dr. Wunder
Hirtenackerstr. 45
95463 Bindlach

1. Persönliche Angaben:

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname/n: _____

Geburtstag: _____ Geburtsland (falls nicht Deutschland): _____

Wohnhaft in Straße/Hausnr: _____

PLZ, Ort: _____

Konfession: _____ Sprache/n: _____

Familienstand: ledig/verw./gesch. verheiratet

Wichtig: Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bzw. des Betreuerausweises bei!

Ansprechpartner (ggf. Bevollmächtigter/ Betreuer/ Verwandtschaftsgrad) für formale Angelegenheiten:

Anschrift für Schriftverkehr/Rechnungsempfänger:

Telefon-Nr. / E-Mail: _____

2. Besuchszeiten und Kosten:

Die Aufnahme soll erfolgen am: _____ baldmöglichst

Die Einrichtung ist in der Regel montags bis freitags in der Zeit von 7.00 Uhr bis 18.00 Uhr für ihre Tagespflegegäste geöffnet. An bis zu 5 Tagen pro Woche kann die Einrichtung besucht werden, jeweils ganz- oder halbtags, außer an Feiertagen und Wochenenden (individuelle Lösungen in Absprache mit der Heimleitung möglich).

Gebucht wird:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Montag | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |
| <input type="checkbox"/> Dienstag | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |
| <input type="checkbox"/> Freitag | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |

Fahrdienst:

- Die An- und Abfahrt organisiert der ANGEHÖRIGE.
- Die An- und Abfahrt organisiert das Seniorenheim (Kosten 1,83 € pro einfachem Entfernungskilometer).

Preise:

siehe aktuelle Preisliste

3. Krankenkasse / Arzt / Pflegegrad (bei Pflegebedürftigkeit)

Krankenkasse/Adresse: _____

Tel., ggf. Fax: _____

Versicherter: selbst _____ geb. am: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

Hausarzt: Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: u. Fax-Nr.: _____

Einstufung durch Medizinischen Dienst erfolgte:

nein ja **Pflegegrad:** _____

Bitte Leistungsbescheid der Pflegekasse und ärztliches Attest mitbringen!

Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten? nein

ja, folgende: _____

Es besteht **Weglauftendenz:** / **Sturzneigung:**

Besonderheiten: _____

Folgende Therapeuten sollen ins Haus kommen

(z. B. Physiotherapeut, Fußpfleger, Logopäde):

1. Name u. Tel.: _____

Bereich: _____

2. Name u. Tel.: _____

Bereich: _____

3. Name u. Tel.: _____

Bereich: _____

Bitte vor Aufnahme erledigen:

- Kostenübernahmeantrag bei der zuständigen Pflegekasse stellen.
Eine Kopie des Antragseingangs muss **vor Aufnahme** bei uns eingehen.
- Krankenversicherungskarte (Kopie) und Personalausweis (Kopie) muss vorliegen.
- Bitte Medikamente jeweils mind. für eine Woche im Haus mitbringen und
Medikamentenverordnungsblatt mit Arztunterschrift.
- Bitte Inkontinenzartikel mitbringen.
- Bitte Hilfsmittel (Rollator, Brille usw.) mitbringen.

Datenschutzhinweis: „Informationsblatt zum Datenschutz“.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Tagespflegegast bzw. Angehöriger/Betreuer/in)