

## Unverbindliche Anmeldung für einen Platz in der Tagespflege

im  **Wohn- und Pflegezentrum Tagespflege**, Eisenacher Str. 18, 99974 Mühlhausen

zur  Tagespflege möglichst ab ..... bis .....

Ihre Angaben werden ausschließlich für die Vorbereitung der Aufnahme in die Pflege, Betreuung und Versorgung durch die Tagespflege erhoben. Diese Unterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt. Alle Punkte sollten vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Eine Anmeldung für den Platz in der Tagespflege erfolgt erst mit Abgabe des ausgefüllten Formulars. Erforderliche Anlagen sind dem Vordruck beizufügen.

### Angaben zur Person

Nachname ..... Vorname ..... Geburtsname .....

Pflegegrad ..... seit dem ..... Antrag auf Leistungen der Pflegekasse gestellt am .....

amtlicher Wohnsitz ..... Telefon .....

derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus/Heim/zu Hause usw.) .....

Geburtsdatum ..... Geburtsort ..... Religion .....

Familienstand ..... Datum der Eheschließung ..... Personalausweis-Nr. ....

### Angaben zu Angehörigen

1. Name, Vorname ..... Verwandtschaftsgrad .....

Wohnort, Straße ..... Telefon, Mobil .....

2. Name, Vorname ..... Verwandtschaftsgrad .....

Wohnort, Straße ..... Telefon, Mobil .....

3. Name, Vorname ..... Verwandtschaftsgrad .....

Wohnort, Straße ..... Telefon, Mobil .....

Die Angehörigen Nr. .... sind als Kontaktpersonen gewünscht.

Die Angehörigen Nr. .... möchten bei einem Notfall informiert werden.

Rechnungsempfänger nach Aufnahme wird  der Tagesgast  der Angehörige Nr. ....

### Angaben zur Kranken- /Pflegekasse und zur Rechnungslegung

Name der Kranken-/Pflegekasse ..... Mitgliedsnr. ....

Anschrift/Telefon/Telefax .....

Bankverbindung ..... Bankleitzahl .....

Kontoinhaber ..... Kontonummer .....

## Angaben zur Geschäftsfähigkeit

- der Bewohner ist voll geschäftsfähig und entscheidet alle Dinge selbst.  Eine Patientenverfügung ist vorhanden.
- eine Vorsorgevollmacht ist vorhanden.  privatschriftlich  notariell beurkundet
- Aufgabenkreis:  Gesundheitsfürsorge  Aufenthaltsbestimmung  Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden  
 Vermögensfürsorge  Post-/Fernmeldeverkehr  Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Bevollmächtigter ..... oder Angehöriger Nr. ....
- ein Betreuer ist eingesetzt.  gerichtlich bestellt durch Amtsgericht.....
- Betreuerausweis liegt vor. Aktenzeichen .....  wurde beantragt am .....
- Aufgabenkreis:  Gesundheitsfürsorge  Aufenthaltsbestimmung  Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden  
 Vermögensfürsorge  Post-/Fernmeldeverkehr  Betreuerverfügung für den Bevollmächtigten
- Betreuer ..... oder Angehöriger Nr. ....

## Angaben zu Ärzten / medizinische Angaben

**HINWEIS: Es besteht freie Arztwahl! Der jeweilige Hausarzt kann Hausbesuche in der Tagespflege wahrnehmen!**

### Hausarzt

Name ..... Anschrift .....

Telefon/Telefax ..... letzter Besuch.....

### Zahnarzt

Name ..... Anschrift .....

Telefon/Telefax ..... letzter Besuch.....

### Augenarzt

Name ..... Anschrift .....

Telefon/Telefax ..... letzter Besuch.....

### Sonstige, und zwar .....

Name ..... Anschrift .....

Telefon/Telefax ..... letzter Besuch.....

### Medizinische Angaben (nur bei sicherer Diagnose ausfüllen)

### ANLAGE 1 (Bestätigung des Arztes) BEACHTEN!

- Dialysepatient  Antikoagulantientherapie  Angstzustände  Alzheimer/Demenz  Epilepsie
- Allergien  gestörter Tag-/Nachtrhythmus  Hoher Blutdruck  niedriger Blutdruck  Schwindel
- Kontrakturen  PEG-Sonderernährung  künstliche Ausgänge  Diabetiker / Tabletten / Insulin / nichts
- Schlaganfall am.....  Herzinfarkt am.....  eingeschränkte Mobilität.....

**Körpergröße** ..... **Gewicht** .....

## Angaben zu Hilfsmitteln

Anzahl eintragen!

..... Brille(n) .....Kontaktlinsen .....Hörgeräte .....Zahnprothesen oben/unten .....sonst. Prothesen .....

..... Rollstuhl .....Nachtstuhl .....Gehbock .....Gehwagen .....Gehstock .....Korsett .....Kompressionsstrümpfe

..... Sonstiges .....

davon Privateigentum / Krankenkasse / Leihgerät

## Gewohnheiten / Interessen / Charaktereigenschaften

Vorlieben und Abneigungen / Aufsteh- und Zubettgehzeiten / Essen und Trinken / Hobby und frühere Tätigkeit usw.

Kost: Vorlieben ..... Abneigungen: .....

Tagesstruktur: Nachtruhe von ca. .... Uhr bis ..... Uhr

Mittagsruhe/Schlaf ca. .... Uhr bis ..... Uhr

Hauptmahlzeiten: Frühstück ..... Mittagessen ..... Abendbrot .....

Zwischenmahlzeiten: Vormittag ..... Nachmittag .....

frühere Tätigkeit/erlernter Beruf: .....

Hobbys: .....

## Checkliste über Anlagen zur Antragstellung

BITTE ALLE UNTERLAGEN IN KOPIE EINREICHEN!

- Bewilligungsbescheid der Pflegekasse über das Pflegegeld / die Pflegestufe
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht / notarielle Vollmacht
- Betreuerausweis
- Bestätigung des Arztes (Anlage 1)

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Erhebung und Verarbeitung vorstehender Angaben (Daten) ein.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

-----✂-----

## Checkliste zum Besuch der Tagespflege

bitte folgende Dokumente einige Tage vor dem Einzug abgeben:

- Bestätigung des Arztes (Anlage 1)
- Bewilligungsbescheid der Pflegekasse über das Pflegegeld/die Pflegestufe  
ggf. Bescheid zur eingeschränkten Alltagskompetenz
- Chipkarte/Gesundheitskarte der Krankenkasse (am Besuchstag mitzubringen)
- Befreiungsbescheinigung der Krankenkasse über Patientenzahlungen (am Besuchstag mitzubringen)
- verordnete Medikamente und Insuline (am Besuchstag mitzubringen)

## Anlage 1: Bestätigung des Arztes

Herr / Frau ..... geboren am .....

Wohnsitz .....

hat die

teilstationäre Aufnahme in der Tagespflege möglichst ab .....  
beantragt.

### 1. Diagnosen mit ICD-Schlüssel

.....  
.....

### 2. Hilfsmittel:

Rollstuhl    Rollator/sonst. Gehhilfen    Prothesen/Orthesen    Inhalator/Sauerstoffgerät  
 Stützschiene/Korsett

### 3. Hat der Antragsteller eine ansteckungsfähige Krankheit (z. B. MRSA, Hep.C oder Lungentuberkulose)?

Nein  
 Ja, und zwar

.....

### 4. Weitere Medizinische Angaben

Dialysepatient    Antikoagulantien    Schizophrenie    Angstzustände    Alzheimer/Demenz  
 Epilepsie    Allergien    Herzschrittmacher    Weglaufgefährdet    Schmerzpatient  
 Schwindel    PEG/Portkatheter    Suchterkrankung    künstliche Ausgänge  
 Schlaganfall am.....    Herzinfarkt am.....  
 eingeschränkte Mobilität.....  
 freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig/Beschluss-Art .....

Impfstatus:

Tetanus    Gripeschutzimpfung    Pneumokokkenimpfung  
am: .....   am: .....   am: .....

Sonstiges: .....

Bestätigung des Arztes: Die Vollständigkeit und Richtigkeit vorstehender Angaben wird bestätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift

Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen! Danke.