

Persönliche Daten			
Name/ Vorname			
Anschrift			
Telefon		E Mail Adresse	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Geburtsort		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Religion	

Angehörige 1/ Ansprechpartner /in	Angehörige 2/ Ansprechpartner /in
Name	Name
Straße	Straße
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon priv./ dienstl.	Telefon priv /dienstl.
E Mail Adresse	E Mail Adresse
Verwandtschaftsgrad	Verwandtschaftsgrad
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht für	

Eine gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist beantragt
Name Betreuer/in
Anschrift/ Telefon

Kranken-/ Pflegekasse
Anschrift
Vers.-nummer

Kostenübernahme der Kranken-/Pflegekasse	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> ist beantragt seit
Der aktuelle Pflegegrad	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ist beantragt, seit dem
Zusätzl. Betreuungsleistungen (125 €) werden in Anspruch genommen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Wer ist Rechnungsempfänger/in (z.B. für Eigenanteil, Zuzahlung, etc.)?	
Name	
Straße	
Ort/Telefon	

Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt/ Ihre Hausärztin?	
Name	
Anschrift	
Telefon	
Impfschutz gegen Covid 19 nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist terminiert Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	
Impfstatus Covid 19 1. Impfung am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	
Impfstatus Covid 19 2. Impfung am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	
Impfstatus Covid 19 3. Impfung am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	

Bitte nennen Sie uns Ihren Facharzt/ Ihre Fachärztin?	
Name	
Anschrift	
Telefon	

An welchem Tag möchten Sie unsere Tagespflege in Anspruch nehmen?				
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag

Regelung des Fahrdienstes erfolgt?	
<input type="checkbox"/> durch Angehörige/r, Nachbarn, Freund/in	<input type="checkbox"/> durch die Tagespflegeeinrichtung
Werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut?	
Name	
Anschrift	
Telefon	

Die Tagespflegekosten werden aufgebracht?	
<input type="checkbox"/> als Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> durch Übernahme/ Zuzahlung* der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> das zuständige Sozialamt	in

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen

Als Probetag wird der _____ vereinbart.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen der in diesem Aufnahmebogen gemachten Angaben werde ich Sie unverzüglich informieren. Dieser Aufnahmebogen hat bis zum endgültigen Vertragsabschluss volle Gültigkeit.
--

Bitte teilen Sie Ihrer Kranken-/ Pflegekasse mit, dass Sie zukünftig unsere Tagespflegeeinrichtung besuchen.

Ort, Datum und Unterschrift