

St. Elisabeth Pflegezentrum gGmbH
Zeisestraße 19, 89250 Senden
☎: 07307/808-189
☎: 07307/808-190
@: tagespflege@stelisabeth-senden.de



Anmeldung zur Aufnahme in die Tagespflege des Pflegezentrums St. Elisabeth in Senden

Persönliche Daten:

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Geburtsort _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Familienstand _____

Staatsangehörigkeit _____

Konfession _____

Krankenversicherung / Pflegeversicherung:

Versichert bei _____ Versicherungs-Nr. _____

☐ selbst versichert

☐ familienversichert mit _____

Pflegegrad:

☐ keine ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ wurde beantragt

Hausarzt:

Betreuer / Bevollmächtigter:

(Betreuerausweis / Vollmacht bitte bei Vertragsabschluss vorlegen):

Name

Adresse

Telefon (privat/dienstl./mobil)

Ehepartner / Kinder / Angehörige / Bezugspersonen:

Name, Vorname

Bezug zum TPG

Adresse

Telefon (privat/dienstl./mobil)

Name, Vorname

Bezug zum TPG

Adresse

Telefon (privat/dienstl./mobil)

Finanzierung der Tagespflege:

☐ Pflegeversicherung

☐ Entlastungsbetrag (131 Euro)

☐ Selbst bzw. Angehörige/r (siehe Bankverbindung)

Adresse Rechnungsempfänger:

☐ Sozialhilfeträger

☐ Zuständiger Sozialhilfeträger

☐ Kostenübernahme liegt vor

Bankverbindung:

Name des Kontoinhabers: _____

Name und Sitz der Bank: _____

IBAN: _____

BIC des Kreditinstituts: _____

Kostform:

- ☐ Vollkost ☐ vegetarische Speisen
☐ leichte Kost
☐ Sonderkost _____
☐ ärztlich angeordnete Diät _____
☐ Wunschkost, z.B. religiös bedingte Kost _____
☐ Abneigungen: _____
☐ Unverträglichkeiten _____
☐ Sondennahrung

Gewünschte Betreuungstage:

- ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag

Probetag am _____

Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück

- ☐ durch den Fahrdienst der Einrichtung ☐ nur hin ☐ nur zurück

Entfernung: einfach ☐ _____ km

- ☐ durch einen beauftragten Fahrdienst _____
☐ durch private Übernahme
☐ durch _____

Derzeitige Pflege und Betreuung bzw. Versorgung

- ☐ durch Angehörige ☐ ja ☐ nein
☐ amb. Pflegedienst ☐ ja welcher _____
☐ nein
☐ Essen auf Rädern ☐ ja ☐ nein
☐ Sonstige _____

Ort / Datum_____
Unterschrift des Antragstellers / Bevollmächtigten