



Tagespflege



**DRK Seniorenzentrum
Wiesplätzchen 1b
54427 Kell am See / Tel. 06589 – 9190 0**

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Telefon: /

Wie ist Ihr Familienstand ?

Verheiratet Ledig Verwitwet Geschieden

Konfession ?

Katholisch Evangelisch

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie ?

Deutsch

Bitte nennen Sie uns zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Art der Angehörigkeit:	Art der Angehörigkeit:
Straße:	Straße:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Telefon: /	Telefon: /

Wer ist Ihr Hausarzt ?

Name: PLZ, Ort:
Vorname: Telefon: /
Straße: Telefax: /

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:

AOK BEK DAK KKH TKK

Mitglieds-Nr. Krankenkasse: gebührenbefreit (Ausweiskopie)

Mitglieds-Nr. Pflegekasse: pflichtversichert

Straße: privat versichert

PLZ, Ort: zusätzlich privat versichert

Besteht eine amtlich bestellte Betreuung ? Ja Nein

Wenn ja:

Name: Telefon: /
Vorname: Telefax: /

Wirkungskreis der Betreuung:

Straße:
(Bitte Kopie der Beschlussurkunde beilegen)

PLZ, Ort:

Kostenträger:

aus eigenen Mitteln **Rechnungsempfänger:**

Bewilligungsbescheid der Pflegekasse liegt vor **Mitglieds-Nr.: Pflegekasse:**

Rentenbescheid

Sozialamt Bescheid liegt bei

..... **Sachbearbeiter:**

PLZ, Ort:

Wenn ja, welcher Pflegegrad ? (bitte Nachweis beifügen):

kein Pflegegrad 1 2 3 4 5

Leistungen aus der Pflegeversicherung wurden abgelehnt Beantragt am:

An welchen Tagen kommt der Bewohner in die Tagespflege?

Mo Di Mi Do Fr

1. Tagespflege beginnt am: _____

Soll der Bewohner von uns abgeholt werden?

ja nein Entfernung zwischen Wohnort und Pflegeheim : _____ km

Die Fahrtkosten-Pauschale zwischen Wohnung und Tagespflegeeinrichtung (einzelne Fahrt) beträgt bis 10 km täglich 9,00 €. Jeder weitere Kilometer wird mit 0,90 € berechnet.

Der Bewohner benötigt:

Rollstuhl Rollator Gehstock ist mobil

Wünschen Sie Friseurtermine?

ja

nein

Info: Bitte für Friseurtermine einen entsprechenden Barbetrag in der Verwaltung hinterlegen.
(Bargeld/Taschengeld-Konto)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Unterschrift des Tagespflegegastes / oder Betreuers