

## Anmeldebogen Tagespflege

### Ansprechpartner

Tagespflege: Ingrid Peter-Rimböck  
Abrechnung: Verwaltung

Tel. 089-94567-3030 / Fax - 2255  
Tel. 089-94567-3311 / Fax 2255

### Postanschrift:

**Collegium 2000 gGmbH**  
**Räterstr. 21**  
**85551 Kirchheim**

### Aufnahmedaten:

|                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| Vertrag gilt ab: | Anzahl Besuchstage        |
| Pflegegrad:      | Kilometer täglich, gesamt |

### Persönliche Angaben:

|   |                    |
|---|--------------------|
| Name  | Geburtsname        |
| Vorname   | Titel              |
| Geburtsdatum  | Geburtsort         |
| Straße  | PLZ/Ort            |
| Telefonnummer   | Fax                |
| Familienstand   | Staatangehörigkeit |
| Konfession  | Ausgeübter Beruf   |
| Hobbys und Vorlieben  |                    |
| Liegt eine Demenz vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                    |

**Anmeldebogen Tagespflege**

**Angehörige/Bezugspersonen/Ansprechpartner**

|   |         |
|---|---------|
| Name  | Vorname |
| Straße  | PLZ/Ort |
| Telefonnummer   | Mobil   |
| Mailadresse   |         |
| Verwandtschaftsverhältnis (z.B. Ehegatte, Tochter...) |         |

|   |         |
|---|---------|
| Name  | Vorname |
| Straße  | PLZ/Ort |
| Telefonnummer   | Mobil   |
| Mailadresse   |         |
| Verwandtschaftsverhältnis (z.B. Ehegatte, Tochter...) |         |

**Betreuung/Vorsorge:**

Falls derzeit eine Betreuung besteht, bitte Angaben zur Betreuerin/zum Betreuer ergänzen

|                        |   |
|------------------------|---|
| Name                   | Vorname                                       |
| Straße                 | PLZ/Ort                                       |
| Telefonnummer          | Mobil   |
| Mailadresse            |   |
| Aktenzeichen           | (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beilegen) |
| Bereiche der Betreuung |   |
|                        |   |

**Behandelnder Arzt/Hausarzt**

|               |         |
|---------------|---------|
| Name          | Vorname |
| Straße        | PLZ/Ort |
| Telefonnummer | Fax     |
| Mailadresse   |         |

**Anmeldebogen Tagespflege**

**Finanzielle Angelegenheiten:**

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Rechnungsempfänger |         |
| Name               | Vorname |
| Straße             | PLZ/Ort |
| Telefonnummer      | Mobil   |
| Mailadresse        |         |

|  |         |
|--|---------|
| Kosten werden vom Sozialamt getragen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |
| Zuständiges Sozialamt  |         |
| Aktenzeichen   |         |
| Straße   | PLZ/Ort |
| Sachbearbeiter/-in   | Tel.    |
| Mailadresse  |         |
| Antrag beim Sozialamt gestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein       |         |

**Versicherungen**

|  |         |
|--|---------|
| Pflegekasse  |         |
| Straße   | PLZ/Ort |
| Versicherungsnummer  |         |
| Sachbearbeiter/in  | Tel.    |
| Mailadresse  |         |
| Beihilfeberechtigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                       |         |
| Krankenkasse (falls abweichend von der Pflegekasse)  |         |
| Straße   | PLZ/Ort |
| Versicherungsnummer  |         |
| Sachbearbeiter/in  | Tel.    |
| Mailadresse  |         |
| Anspruch auf Leistungen nach § 45b, SGB XI <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |
| Leistungen nach § 45b, SGB XI beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    |         |

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Tagespflegegast/Betreuer \_\_\_\_\_