

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 _____