

Anmeldung in die Tagespflege

Hospital zum Heiligen Geist, Seestr. 44, 78315 Radolfzell, 07732/9527-30



Bitte vollständig ausfüllen!

Hospital zum Heiligen Geist
Tagespflege Radolfzell
Seestraße 44
78315 Radolfzell
Tel: 07732/ 8203845
Fax: 07732/ 9527-49

Notizen Verwaltung

1.) Personalien

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Familienstand: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Wenn abweichend, Rechnungsadresse: _____

Beratungstermin am: _____

Aufnahme am: _____

Probetag: ja, am: _____

Fahrdienst : ja nein

Kilometerangabe (wird vom der Tagespflege ausgefüllt): _____ km

Rollstuhlbeförderung: ja nein

Anmeldung für folgende Tage

	Holen	Bringen
<input type="radio"/> Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmeldung in die Tagespflege

Hospital zum Heiligen Geist, Seestr. 44, 78315 Radolfzell, 07732/9527-30



2.) Angehörige:

a.) Vor- und Zuname: _____

Anschrift : _____

Telefon 1 : _____ Telefon 2 : _____

e-Mail Adresse : _____ Verwandtschaftsgrad: _____

b.) Vor- und Zuname: _____

Anschrift : _____

Telefon 1 : _____ Telefon 2 : _____

e-Mail Adresse : _____ Verwandtschaftsgrad: _____

c.) Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Telefon 1: _____ Telefon 2: _____

e-Mail Adresse: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

(Falls es keine Angehörigen gibt, bitte eine andere Vertrauensperson angeben!)

3.) Liegt eine Betreuung / Vollmacht vor?

ja nein

Aufgabenkreis: Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Vermögenssorge

Vor- und Zuname: _____

Anschrift, Telefon: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Patientenverfügung ja nein

4.) Hausarzt

Name des Hausarztes: _____

Anschrift / Telefon: _____

5.) Kranken-/ Pflegekasse:

Name der Kranken-/ Pflegekasse: _____

Anschrift der Kranken-/ Pflegekasse: _____

Mitgliedsnummer der Kranken-/ Pflegekasse: _____

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5 genehmigt ab: _____

Haben Sie Anspruch auf Vergütungszuschläge für Pflegeberdürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf?

Ja Nein

wenn, ja wieviel? Grundbetrag erweiterter Betrag

Sind Sie Beihilfe berechtigt: Ja Nein