



## Vormerkung/Anmeldung Tagespflege

### Persönliche Daten:

..... Name	..... Geburtsname	..... Vorname
..... geboren am	..... geboren in	..... zuletzt ausgeübter Beruf
..... Familienstand	..... Konfession	..... Staatsangehörigkeit

### Name des/der Ehegatten/in – Lebensgefährte/in – Lebenspartner/in

..... Name	..... Vorname
---------------	------------------

### **Wohnungsdaten: Wohnsitz (Hauptwohnsitz)**

..... Straße/Hausnummer	..... PLZ	..... Ort
..... Telefonnummer ggf. auch Faxnummer		

### Daten zu Angehörigen, Vertrauensperson oder Betreuer: (wenn möglich 2 Adressen angeben)

..... Name	..... Vorname	..... wie verwandt, Vertrauensperson oder Betreuer
..... Straße	..... PLZ	..... Ort
..... Telefonnummer ggf. auch Faxnummer		
..... Name	..... Vorname	..... wie verwandt, Vertrauensperson oder Betreuer
..... Straße	..... PLZ	..... Ort
..... Telefonnummer ggf. auch Faxnummer		

### **Daten zum Hausarzt und zur Krankenkasse/Pflegekasse:**

..... Hausarzt/Name	...../ Ort	..... Telefon	..... Datum.....	..... Pflegestufe.....
..... Pflegeeinstufung gemäß Medizinischer Dienst				
..... Krankenkasse/-versicherung	..... PLZ	..... Ort	..... Krankenversicherungsnummer	
..... Angaben finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte				

### Angaben zu Pflegeleistungen:

**Werden bereits Pflegeleistungen von der Krankenkasse in Anspruch genommen?**

Es werden keinerlei Pflegeleistungen von der Krankenkasse in Anspruch genommen.

Erstellt/Geändert: QB	Geprüft/Freigegeben: GF
Datum: 24.07.2013	Datum: 24.07.2013



**SCHENKEL-SCHOELLER-STIFT**  
Selbständige Stiftung von 1852 zum Wohle alter Mitbürger  
Von-Aue-Straße 7, 52355 Düren-Niederau  
Telefon 02421/596-0 Telefax 02421/596144



Internet: [www.schenkel-schoeller.de](http://www.schenkel-schoeller.de) E-mail: [info@schenkel-schoeller.de](mailto:info@schenkel-schoeller.de)

Es wird seitens der Krankenkasse Pflegegeld an den pflegenden Angehörigen gezahlt.

Es besteht eine Kombination zwischen der Zahlung von Pflegegeld an den pflegenden Angehörigen und an einen ambulanten Pflegedienst.

Name und Anschrift/Telefonnummer des ambulanten Pflegedienstes:

---

Der Tagesgast wird ausschließlich durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt.  
Name und Anschrift des Pflegedienstes:

---

Es werden zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 a SGB XI) in Höhe von  100,00 Euro oder  200,00 Euro seitens der Pflegekasse gezahlt.

**Beginn des Besuchs der Tagespflege:**

---

---

**Der Tagesgast möchte die Tagespflege an nachfolgenden Tagen besuchen:**

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag  Samstag (1xmtl.)

**Regelung Fahrdienst**

Der Tagesgast wird von \_\_\_\_\_ in die Tagespflege gebracht.

Der Tagesgast wird vom Fahrdienst der Tagespflege abgeholt und nach Hause gefahren.

Abholzeit \_\_\_\_\_  Ankunftszeit bei Rückkehr \_\_\_\_\_

sonstige Vereinbarungen:

---

**Besonderheiten/sonstiges:**

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Angaben aufgenommen durch: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift Tagesgast/Angehörige(r)/Bevollmächtigte(r)

Erstellt/Geändert: QB	Geprüft/Freigegeben: GF
Datum: 24.07.2013	Datum: 24.07.2013