



zur Aufnahme ins Heinrich-Zschokke-Haus e.V.

Tagespflege

1. Angaben zur Person

Bitte Kopie Personalausweis beilegen!

Name: Vorname:

PLZ Ort Straße:

Geburtsdatum, Geburtsort:

Staatsangehörigkeit: Telefon:

Konfession: Familienstand: Mobil:

1. Besuchstag: am Abholtag Hin-, Rückfahrt: bitte ankreuzen:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Ja ich bin Selbstzahler und erteile SEPA-Lastschriftmandat Ja Nein

Nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen

Nein, die Kosten werden vom Vollmachtnehmer getragen

Bitte versäumen Sie nicht, bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Kostenübernahme aus der Pflegeversicherung zu stellen. Zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialträger.

2. Kranken-bzw. Pflegekasse

Pflegegrad ... 0 ... 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5

Pflegegradbescheid vorhanden Ja Nein Kostenübernahmeerklärung Ja Nein

Pflegekasse: Versicherungsnr.

PLZ Ort Straße:

Tel. Pflegekasse: Fax Pflegekasse:

3. Angaben zum Vollmachtnehmer

Unbedingt Kopie der Vollmacht beilegen!

Name: Vorname:

PLZ Ort Straße, Tel.:

E-Mail:

Beziehungsverhältnis (Sohn, Tochter, etc.)

4. Weitere Kontaktperson

Name: Vorname:

PLZ Ort Straße: E-Mail:

Beziehungsverhältnis (Nichte, Bekannte, Nachbarn etc.)

5. Angaben zum ambulanten Pflegedienst

Firma: Ansprechpartner:

PLZ Ort Straße Tel.:

6. Angaben zum behandelnden Hausarzt

Ärztliche Betreuung ist nicht vorhanden!

Name:

PLZ Ort Straße:

Telefon: Fax:

Fachrichtung: E-Mail:

- Ärztliche Diagnosen:

Entlassungsbrief Krankenhaus / Reha Medikation Diagnosen

Beziehen Sie Entlastungsleistungen für eingeschränkte Alltagskompetenz § 45b Ja Nein

7. Angaben zum behandelnden Neurologe

Name:

PLZ Ort Straße:

Telefon: Fax:

E-Mail:

8. Datenschutzbestimmung

Einverständniserklärung / Kenntnisnahme

Aus Datenschutzgründen sind wir verpflichtet, Ihnen mitzuteilen, dass die Erhebung der personenbezogenen Daten auf § 28 SGB XI beruht. Damit wir unseren Auftrag erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Aufnahme und Leistungsgewährung führen.

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller / Bevollmächtigter