



<b>QM</b>	Formulare <b>Anmeldebogen für die Tagespflege</b>	Caritasverband Oberlausitz e.V. Tagespflege „Am Krabatweg“ Räckelwitz	
-----------	--	---	---

## Anmeldebogen für die Caritas Tagespflege „Am Krabatweg“

Name:		Vorname:	
ggf. Geburtsname:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Anschrift:	PLZ, Ort:		
	Straße, Hausnr.:		
	Telefon:		
Familienstand:		Konfession:	
Staatsangehörigkeit:		Muttersprache:	
Pflegegrad vorhanden?	O ja, Grad:		
	O nein, aber beantragt am:		
	O Höherstufungsantrag gestellt am:		
Krankenkasse:			
Versichertennummer:			
Zuzahlungsbefreiung	O nein	O ja → von:	bis:
1. Ansprechpartner Anschrift:	Name, Vorname:		
	PLZ, Ort:		
	Straße, Hausnr.:		
	Telefon:		
	Verwandtschaftsverhältnis:		
2. Ansprechpartner Anschrift:	Name, Vorname:		
	PLZ, Ort:		
	Straße, Hausnr.:		
	Telefon:		
	Verwandtschaftsverhältnis:		
Bevollmächtigter Anschrift: (Bitte Kopie der Vollmacht vorlegen. )	Name, Vorname:		
	PLZ, Ort:		
	Straße, Hausnr.:		
	Telefon:		
Hausarzt Anschrift:	Name, Vorname:		
	PLZ, Ort:		
	Straße, Hausnr.:		
	Telefon:		

Version: F_01_1	Erstellt:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum/verantwortlich:	03.03.2021/ EMS	07.06.2021/EMS	07.06.2021 KS

<b>QM</b>	Formulare <b>Anmeldebogen für die Tagespflege</b>	Caritasverband Oberlausitz e.V. Tagespflege „Am Krabatweg“ Räckelwitz	 caritas
-----------	--	---	--

Werden Sie von einem Pflegedienst betreut?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Pflegedienst Anschrift:	Name, Vorname:		
	PLZ, Ort:		
	Straße, Hausnr.:		
	Telefon:		
Wer betreut Sie außerdem zu Hause?			

<b>Bitte ankreuzen!</b>	
An welchen Tagen möchten Sie unser Gast sein?	
<input type="radio"/> Montag <input type="radio"/> Dienstag <input type="radio"/> Mittwoch <input type="radio"/> Donnerstag <input type="radio"/> Freitag	
Benötigen Sie einen Fahrdienst?	
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Werden Sie von Ihren Angehörigen gebracht?	
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Mobilität:	<input type="radio"/> laufen ohne Hilfsmittel <input type="radio"/> laufen mit Gehstock/Rollator <input type="radio"/> Rollstuhl
Wünschen Sie in der Tagespflege geduscht zu werden?	
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie gesundheitliche Probleme, die beachtet werden müssen?	
<input type="radio"/> ja (Bitte ärztlichen Fragebogen ausgefüllt abgeben) <input type="radio"/> nein	
Kurze Bemerkung:	
Ist eine Medikamentengabe o.a. ärztliche Verordnungen während der Betreuung in der Tagespflege erforderlich?	
<input type="radio"/> ja (bitte ärztliche Anordnung vom Arzt vorlegen) <input type="radio"/> nein	

Angemeldet am:

angemeldet von:

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Version: F_01_1	Erstellt:	Geprüft:	Freigegeben:
Datum/verantwortlich:	03.03.2021/ EMS	07.062021/EMS	07.06.2021 KS