

# Anmeldung zur Tagespflege Bartholomäus Wohnpark

Sehr geehrte Interessentin, liebe Antragstellerin / Sehr geehrter Interessent, lieber Antragsteller

Sie möchten sich bei uns für einen **Platz in der Tagespflege** anmelden. Wir möchten Sie dazu bitten, diesen Anmeldebogen sowie den beigefügten ärztl. Fragebogen lückenlos auszufüllen, damit der Aufenthalt in unserem Haus gut vorbereitet und eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden kann.

Sollten Sie bei der Antragstellung oder Kostenklärung Hilfe benötigen, so stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Das ausgefüllte Anmeldeformular schicken Sie bitte mit allen Unterlagen zurück an:

**Bartholomäus Wohnpark**  
**Einrichtungsleitung**  
**Hirtenackerstr. 45**  
**95463 Bindlach**

## 1. Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Derzeit wohnhaft: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Sprache/n: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig/gesch./verw.  verheiratet

Wichtig: Bitte fügen Sie eine Kopie der Vollmacht bzw. des Betreuerausweises bei!

Ansprechpartner (ggf. Bevollmächtigter/Betreuer/Verwandtschaftsgrad) für formale Angelegenheiten:

\_\_\_\_\_

Anschrift für Schriftverkehr/Rechnungsempfänger:

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr./E-Mail: \_\_\_\_\_

## 2. Besuchszeiten und Kosten

Die Aufnahme soll erfolgen  am: \_\_\_\_\_  baldmöglichst

Die Einrichtung ist in der Regel montags bis freitags in der Zeit von 7.00 Uhr bis 18.00 Uhr für ihre Tagespflegegäste geöffnet. An bis zu 5 Tagen pro Woche kann die Einrichtung besucht werden, jeweils ganz- oder halbtags, außer an Feiertagen und Wochenenden (individuelle Lösungen in Absprache mit der Heimleitung möglich).

### Gebucht wird:

- |                                     |                                     |  |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Montag     | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |
| <input type="checkbox"/> Dienstag   | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch   | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags | <input type="checkbox"/> halber Tag nachmittags |
| <input type="checkbox"/> Freitag    | <input type="checkbox"/> ganzer Tag | <input type="checkbox"/> halber Tag vormittags |   |

### Fahrdienst:

- Die An- und Abfahrt organisiert der Angehörige.
- Die An- und Abfahrt organisiert das Seniorenheim (Kosten 1,83 € pro einfachem Entfernungskilometer).

**Preise:**

siehe aktuelle Preisliste

### 3. Krankenkasse/Arzt/Pflegegrad (bei Pflegebedürftigkeit)

Krankenkasse/Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel., ggf. Fax: \_\_\_\_\_

Versicherter:  selbst  \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherungsnummer:**

\_\_\_\_\_

**Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. u. Fax: \_\_\_\_\_

**Einstufung durch Medizinischen Dienst erfolgte:**

nein  ja Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Bitte Leistungsbescheid der Pflegekasse und ärztliches Attest mitbringen!

**Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten?**  nein  ja, folgende:

\_\_\_\_\_

**Es besteht** Weglauftendenz:  Sturzneigung:

**Besonderheiten:** \_\_\_\_\_

**Folgende Therapeuten sollen ins Haus kommen**

(z. B. Physiotherapeut, Fußpfleger, Logopäde):

1. Name u. Tel.: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

2. Name u. Tel.: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

3. Name u. Tel.: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

### Bitte vor Aufnahme erledigen:

- Kostenübernahmeantrag bei der zuständigen Pflegekasse stellen.  
Eine Kopie des Antrags eingangs muss vor Aufnahme bei uns eingehen.
- Krankenversicherungskarte (Kopie) und Personalausweis (Kopie) muss vorliegen.
- Bitte Medikamente jeweils mind. für eine Woche im Haus mitbringen und  
Medikamentenverordnungsblatt mit Arztunterschrift.
- Bitte Inkontinenzartikel mitbringen.
- Bitte Hilfsmittel (Rollator, Brille usw.) mitbringen.

**Datenschutzhinweis:** „Informationsblatt zum Datenschutz“.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
*Ort Datum Unterschrift Bewohner/in bzw. Betreuer/in*