

Fachbereich Altenhilfe

Anmeldebogen zur Tagespflege Gifhorn

Name, Vorname:		Pflegegrad:	
Anschrift:		Krankenkasse:	
		Versichertenr.:	
Geburtsdatum/-ort:		Telefon:	
Staatsangehörigkeit:		Konfession:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> wohnt allein	<input type="checkbox"/> mit:	
Angehörige			
1. Name:		Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift:		Telefon:	
2. Name:		Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift:		Telefon:	
Betreuung / Vollmacht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		Name:	
Anschrift:		Telefon:	
		E-Mail:	
Aufgabenkreis: <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Post			
Hausarzt			
Anschrift:		Telefon:	
Andere Ärzte:			
Patientenverfügung vorhanden:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie einreichen !	
Gesundheitszustand / Diagnosen:			
<input type="checkbox"/> Demenz	Bestehen Weglauftendenzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sondenernährung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Versorgung durch Pflegedienst:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Tel-Nr. und Anschrift	
Erbrachte Leistungen durch Pflegedienst			
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		<input type="checkbox"/> Entlastungsleistungen	
<input type="checkbox"/> Grundpflege		<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	
Medikamentenplan liegt vor		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Medikamentenbestellung erfolgt durch		<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/>
Medikamentenverabreichung erfolgt durch		<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/>
Covid 19:	1. Impfung erhalten <input type="checkbox"/>	2. Impfung erhalten <input type="checkbox"/>	nicht geimpft <input type="checkbox"/>

Betreuung durch die Tagespflege

Anmeldung für folgende Tage	Holen		Bringen		Zeiten in der Tagespflege		Rollator/ Rollstuhl
	Fahrdienst	privat	Fahrdienst	privat	von	bis	
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Beginn ab:							
<p>Bitte beachten Sie:</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass der Tagespflegegast zu den vereinbarten Abholzeiten in Tageskleidung zur Abholung bereit ist. Falls Sie Unterstützung beim morgendlichen Ankleiden benötigen, können Sie sich gern an unsere Sozialstationen wenden.</p>							
Ort, Datum					Unterschrift		

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch folgende Unterlagen mit:

- + Antrag auf Tagespflege
- + Bescheid über Pflegeeinstufung
- + Ärztlicher Fragebogen (mit Unterschrift und Arztstempel)
- + Aktueller Medikamentenplan mit Arztstempel und Datum
- + Kopie Personal-/Schwerbehindertenausweis
- + Kopie Patientenverfügung / Betreuerausweis / Vollmachten
- + Biografiebogen
- + Impfnachweis Covid19
- + Leeres DIN A5-Heft

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Pflegekasse über die Höhe Ihrer Entlastungsleistung, wenn diese für die Tagespflege genutzt werden soll.

Fachbereich Altenhilfe

Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung personenbezogener Daten

Hiermit willige ich,

geboren am

ein, dass meine oben angegebenen Daten durch das

DRK Tagespflege Gifhorn, Am Wasserturm 5, 38518 Gifhorn

zum Zwecke der Heimplatzvergabe gespeichert und ggf. an andere DRK-interne
Einrichtungen des Kreisverbandes Gifhorn weitergeleitet werden dürfen

Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

Gifhorn,
(Ort, Datum)

Unterschrift des Interessenten bzw. seines Vertreters
