



## Anmeldung zur Tagespflege ab: \_\_\_\_\_

An welchen Tagen wird Tagespflege gewünscht?

Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Die Anmeldung ist nur mit dem ärztlichen Fragebogen vollständig. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsname</b>		<b>Familienstand</b>	
<b>Geburtstag</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Staatsangehörigkeit</b>		<b>Konfession</b>	
<b>Adresse</b>	<b>Straße Nr.</b>		
	<b>PLZ Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
	<b>Mobil</b>		
	<b>Mail</b>		
Derzeitiger Aufenthalt			
Kontaktdaten des Sozialdienstes		Name	
		Telefon	
<b>Angehörige/Bevollmächtigte Person/ Rechtlicher Betreuer</b>			
1.	Name	<input type="checkbox"/> Angehöriger	Verwandtschaftsgrad
	Vorname	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer	
<b>Adresse</b>	<b>Straße Nr.</b>		
	<b>PLZ Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
	<b>Mobil</b>		
	<b>Mail</b>		
2.	Name	<input type="checkbox"/> Angehöriger	Verwandtschaftsgrad
	Vorname	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer	
<b>Adresse</b>	<b>Straße Nr.</b>		
	<b>PLZ Ort</b>		
	<b>Telefon</b>		
	<b>Mobil</b>		
	<b>Mail</b>		
<b>Hausarzt</b>	Name		
	Straße Nr.		
	PLZ Ort		
	Telefon		
	Mobil		
	Mail		
<b>Aufnahmedringlichkeit/-grund</b>			
<b>Vollmacht</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wurde eine rechtliche Betreuung beantragt?</b>		<input type="checkbox"/> ja, wann <input type="checkbox"/> nein	
<b>Krankenkasse/Beihilfe/Privat</b>		<b>Versicherungsnr.</b>	
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> beantragt am	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt am	



#### **Datenschutz- und Einwilligungserklärung**

Die Anmeldung mit o.g. Angaben sowie das ärztliche Zeugnis werden für die sachgerechte Suche und Vermittlung eines Tagespflegeplatzes erhoben. Des Weiteren werden die Daten für statistische Zwecke anonymisiert genutzt. Die Daten werden ansonsten für keine anderen Zwecke verwendet. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und bin damit einverstanden, dass die Unterlagen zu den genannten Zwecken verarbeitet und weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Anmeldung erfolgte durch (Vor- u. Zuname) \_\_\_\_\_