



Wichernhaus

Ilsenburger Straße 10, 38667 Bad Harzburg

Telefon: (0 53 22) 96 09-90

## Anmeldebogen Tagespflege

Nummer: \_\_\_\_\_

Ab Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Gewünschte Anwesenheitstage	Montag	<input type="checkbox"/>
	Dienstag	<input type="checkbox"/>
	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
	Donnerstag	<input type="checkbox"/>
	Freitag	<input type="checkbox"/>

Transport / Fahrdienst		Hinfahrt:	Rückfahrt:
	Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Allgemeine Angaben

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Hausbank \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Konto \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig - verheiratet - geschieden - verwitwet seit \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Körperbehinderung \_\_\_\_\_ % *(Bitte Kopie vom Schwerbehindertenausweis vorlegen!)*

Hausarzt, Adresse \_\_\_\_\_

### Versicherteninformation

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 *(Bitte Nachweis vorlegen)*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Pflegekasse, Adresse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Ambulanter Pflegedienst** (Welcher ambulanter Pflegedienst ist bzw. war für Sie bisher tätig?)

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**nächste Angehörige**

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_ - Bekannte

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon priv. \_\_\_\_\_ dienstl. \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigter**       **Betreuer**       **Rechnungsempfänger**  (bitte ankreuzen!)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon priv. \_\_\_\_\_ dienstl. \_\_\_\_\_

bestellt durch Amtsgericht \_\_\_\_\_ Az \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie der Vollmacht bzw. Betreuerausweis vorlegen!)

**Kostform**

- Normalkost
- Leichte Vollkost
- Diätkost (nach ärztl. Anordnung)  \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*