

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	Pflegehaus am Schloss GmbH & Co KG	
Dokument TP_A_1_002	Titel: Unverbindliche Reservierungsanfrage zur Tagespflege Rathausstrasse 1, 78669 Wellendingen	gültig ab: 28.04.2023
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original Kopie: Alle	Ersetzt SOP vom: neu

Persönliche Angaben

Vor- und Nachnamen: _____

Geburtsname: _____

Geb.- Datum: _____ Geb.- Ort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Haben Sie einen Pflegegrad und wenn ja, welchen? _____

Aktueller Wohnsitz:

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Festnetz: _____ Tel.-Mobil: _____

E-Mail: _____

Bezugspersonen

A. Bevollmächtigte/r:

Vor- und Nachnamen Bevollmächtigte/r: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax.: _____ E-Mail: _____

B. Angehörige / Kontaktpersonen :

Bitte geben Sie an, wer von Ihren Angehörigen, von uns bevorzugt mündlich / schriftlich angesprochen werden soll.

	1	2
Name, Vorname		
Wie verwandt/befreundet etc.		
Straße, Wohnort		
Telefon / E-Mail		

Gewünschter **Tagespflegebeginn**: ab dem (Datum): _____

Dokument TP_A_1_002	Erstellt/Datum KEB/04.01.2023	Geprüft/Datum PDL/04.01.2023	Genehmigt/Datum HL/04.01.2023
------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	Pflegehaus am Schloss GmbH & Co KG	
Dokument TP_A_1_002	Titel: Unverbindliche Reservierungsanfrage zur Tagespflege Rathausstrasse 1, 78669 Wellendingen	gültig ab: 28.04.2023
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original Kopie: Alle	Ersetzt SOP vom: neu

Gewünschter **Tagespflegebesuch pro Woche**: Mo Di Mi Do Fr

Benötigen Sie einen Fahrdienst?: ja nein

Wenn ja, nur Hinfahrt nur Rückfahrt Hin- und Rückfahrt

Übernahme der Kosten:

Die Pflegerische Versorgung in der Tagespflege wird von der Pflegekasse übernommen; allerdings ist dies abhängig vom Pflegegrad und nur bis zu einer bestimmten Summe. Verpflegung, Unterkunft und Betreuung werden vom Pflegebedürftigen bezahlt. Bitte entnehmen Sie den Eigenanteil aus unserer Preisliste.

Hausarzt/ Krankenkasse / Pflegekasse

	Hausarzt	Krankenkasse	Pflegekasse
Name/Bezeichnung			
Adresse			

Weitere Mitteilungen und Wünsche

Hinweis: Eine schriftliche Bestätigung Ihrer Anmeldung erfolgt nicht. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt mit unserer Tagespflegeeinrichtung.

Erklärung

Ich bin mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) einverstanden. Mein Einverständnis ist jederzeit kündbar.

Ort: _____ Datum: _____

X

Tagespflegegast bzw. Bevollmächtigte(r)

Abgabe in der Rathausstr. 1, 78669 Wellendingen möglich (BRIEFKASTEN)!

Dokument TP_A_1_002	Erstellt/Datum KEB/04.01.2023	Geprüft/Datum PDL/04.01.2023	Genehmigt/Datum HL/04.01.2023
------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------