Generationenzentrum St. Josef

cusanus trägergesellschaft trier mbH

Anmeldung zur Tagespflege

Bitte alle Fragen vollständig beantworten!			
1.	Name:		
2.	Vorname(n):		
3.	Geburtsname:		
4.	Geburtsdatum:	Ort:	
	Kreis:	Land:	
5.	Familienstand:		
6.	Konfession:		
7.	Staatsangehörigkeit:		
8.	Wohnung:	Straße und Hausnummer:	
		PLZ, Ort:	
		Telefonnummer:	
9.	Liegt eine Betreuung / Vollmacht vor?	○ Ja	○ Nein
	Vor- und Zuname:		
	Straße, Hausnummer:		
	PLZ, Ort:		
	Telefon:		

10. <u>Angehörige:</u>

a) Vor- und Zuname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefonnummer: _____

b) Vor- und Zuname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefonnummer: _____

c) Vor- und Zuname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefonnummer: _____

11.	Name und Anschrift der Krankenkasse:	
12.	Mitgliedsnummer der Krankenkasse:	Vers. Karte liegt vor? Ja ○ Nein ○
13.	Pflegegrade O 0 O 1 O 2 O 3 O 4 O 5	beantragt am:_____
14.	Zuzahlungsbefreit: Ja ○ Nein ○	Befreiungsausweis liegt vor Ja ○ Nein ○
15.	Covid-19-Impfung:Ja ○ Nein ○	Letze Impfung am: _____
16.	Name des Hausarztes:	
	Anschrift / Telefon:	
	Ärztlicher Fragebogen ausgefüllt und beigefügt? Ja ○ Nein ○	
17.	Beginn der Tagespflege… _____	
18.	Wie oft?.....Welche Tage?.....	
19.	Rechnungsempfänger:	
20.	Datum, Unterschrift des Antragstellers:	
21.	Sonstiges:	