

Antrag zur ambulanten und teilstationären Versorgung

- ambulanter Dienst Tagespflege Pauline Maier Haus
 Tagespflege Richard Böttger Heim

Familienname

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Letzter gemeldeter Wohnsitz

.....

Telefon

Familienstand Konfession Staatsangeh.

Pflegegrad seit: beantragt am:

Entlastungsbetrag nach §45 b ja nein

1. Ansprechpartner

Angehörige:

Verwandtschaftsgrad

Familienname

Vorname

Anschrift

Telefon Mobil Email

Für weitere Angehörige bitte Rückseite benutzen.

Betreuer/Bevollmächtigter (nicht zutreffendes bitte streichen)

Familienname

Vorname

Anschrift

Telefon/Fax

Wirkungskreis

Dauer Aktenzeichen

Antrag zur ambulanten und teilstationären Versorgung Blatt 2

Krankenkasse

Anschrift

Versicherungsnummer / **Beihilfe** **Ja** **Nein**

Zuzahlungsbefreiung Rezeptgebühren **Ja** **Nein** bis

Impfpass **Ja** **Nein** Diabetikerpass **Ja** **Nein**

Allergiepass **Ja** **Nein** Schrittmacherausweis **Ja** **Nein**

Schwerbehindertenausweis **Ja** **Nein** besondere Merkmale

Hausarzt

Name

Vorname

Anschrift

Tel. / Fax

Facharzt

Fachrichtung

Name

Vorname

Anschrift

Tel. / Fax

Kostenträger

Selbstzahler **Ja** **Nein**

Rechnungsempfänger

.....

Sozialhilfe beantragt **Ja** **Nein** wann

 schon genehmigt **Ja** **Nein**

 Zuständiges Sozialamt

Welche **Hilfsmittel** sind vorhanden und werden mitgebracht

Zahnprothese **Ja** **Nein** Brille **Ja** **Nein**

Hörgeräte **Ja** **Nein** Gehstock **Ja** **Nein**

Rollator **Ja** **Nein** Rollstuhl **Ja** **Nein**

Sonstige Hilfsmittel

Angaben zum COVID-19-Immunisierungsstatus

Wurde eine Impfung gegen COVID-19 bereits durchgeführt?

ja Datum _____ nein

Lag innerhalb der vergangenen sechs Monate eine COVID-19-Erkrankung vor?

ja Datum _____ nein

Bemerkungen, Wünsche:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Weitere Anmerkungen und Wünsche können auf der Rückseite vermerkt werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Anmeldenden