

**Sozialhilfverband Rohrbach**

Geschäftsstelle bei der Bezirkshauptmannschaft Rohrbach  
4150 Rohrbach-Berg · Am Teich 1



**ANMELDUNG zur TAGESPFLEGE**

**in einem Alten- und Pflegeheim des Sozialhilfverbandes Rohrbach**

Ich möchte mich für die Tagesbetreuung in einem der folgenden Heime anmelden:

- Bezirksaltenheim Aigen-Schlägl, Hauptstraße 19, 4160 Aigen-Schlägl (07281/20005)
- Bezirksaltenheim Haslach a. d. M., Am Bach 17, 4170 Haslach a. d. M. (07289/72306)
- Bezirksaltenheim Kleinzell i. M., Weigelsdorf 14, 4115 Kleinzell i. M. (07282/5701)
- Bezirksaltenheim Lembach i. M., Lederergasse 14, 4132 Lembach i. M. (07286/7393)
- Bezirksaltenheim Rohrbach-Berg, Am Teich 6, 4150 Rohrbach-Berg (07289/40161)
- Bezirksaltenheim Ulrichsberg, Steinwände 6, 4161 Ulrichsberg (07288/27038)

**Daten des Tagesgastes:**

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnsitz: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Gebührenbefreit:  Ja  Nein

Pensionsversicherung(en): \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

Pflegegeld Stufe ..... Erhöhung wurde beantragt am .....

Besteht eine Sachwalterschaft:  Ja  Nein Wenn ja, Name und Anschrift des Sachwalters:

\_\_\_\_\_

**Angehörige:** (Name, Verwandtschaftsverhältnis, Adresse und Telefon)

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

**Kosten:**

Die Kosten für Tagesbetreuung können aus den aktuellen Tagespflegeentgelten (siehe Anhang) entnommen werden.

Durch Vorlage von Einkommensnachweisen können die sozial gestaffelten Tarife in Anspruch genommen werden.

.....am .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Um unseren Tagesgästen die bestmögliche Betreuung bieten zu können, ersuchen wir Sie, die nachstehend angeführten Fragen zu beantworten:**

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Wohnsitz: \_\_\_\_\_

**Gewohnheiten und Vorlieben des Tagesgastes:**

---

---

Geplante Besuchstage (bitte ankreuzen): Mo    Di    Mi    Do    Fr

Voraussichtliche Ankunftszeit: .....

Voraussichtliche Abholzeit: .....

Hält der Tagesgast gerne eine Mittagsrast:  Ja  Nein

Ist der Tagesgast gehfähig:  Ja  Nein  mit Hilfsmittel

Eventuelle Sturzereignisse in den letzten 6 Monaten:  Ja  Nein

Besondere Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Hilfestellung bei der Mahlzeiteneinnahme:  Ja  Nein  Nicht immer

Besondere Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Besteht eine Nahrungsmittelunverträglichkeit:  Ja  Nein

Spezielle Diäten: \_\_\_\_\_

Ist der Tagesgast inkontinent: 

Harn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Auswirkungen einer möglichen Demenz: \_\_\_\_\_

---

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

(bitte einen aktuellen ärztlichen Befund beilegen)

Diagnose der im Vordergrund stehenden Krankheit:

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

Derzeitige Beschwerden:

\_\_\_\_\_

Allergien:

\_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente (bitte ärztlichen Medikamentenauszug beilegen):

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

Wir ersuchen die Tagesgäste, ihre täglich benötigten Medikamente und Notfallmedikamente mitzubringen.

Ich bin einverstanden, dass Fotos des Tagesgastes, insbesondere von Veranstaltungen und Aktivitäten, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.

.....

Datum

.....

Unterschrift