



## ANMELDUNG zur TAGESPFLEGE

### in einem Alten- und Pflegeheim des Sozialhilfeverbandes Rohrbach

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

- |   |               |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bezirksaltenheim Aigen-Schlägl, Hauptstraße 19, 4160 Aigen-Schlägl     | (07281/20005) |
| <input type="checkbox"/> Bezirksaltenheim Haslach a. d. M., Am Bach 17, 4170 Haslach a. d. M.   | (07289/72306) |
| <input type="checkbox"/> Bezirksaltenheim Kleinzell i. M., Weigelsdorf 14, 4115 Kleinzell i. M. | (07282/5701)  |
| <input type="checkbox"/> Bezirksaltenheim Lembach i. M., Lederergasse 14, 4132 Lembach i. M.    | (07286/7393)  |
| <input type="checkbox"/> Bezirksaltenheim Rohrbach-Berg, Am Teich 6, 4150 Rohrbach-Berg         | (07289/40161) |
| <input type="checkbox"/> 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 Erwachsenenschutzvertretung?  Ja  Nein

Wenn ja, Name und Anschrift der Vertretung:

\_\_\_\_\_

#### 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

Unterschrift wurde geleistet durch

- Antragsteller/in       Erwachsenenvertreter/in       Vorsorgebevollmächtigte/r  
 Bevollmächtigte/r       Angehörige/r       sonstige \_\_\_\_\_

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

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

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

**Gewohnheiten und Vorlieben des Tagesgastes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Voraussichtliche Ankunftszeit: \_\_\_\_\_ Uhr      Voraussichtliche Abholzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

Hält der Tagesgast gerne eine Mittagsrast?       Ja       Nein

Ist der Tagesgast gehfähig?       Ja       Nein       Mit Hilfsmittel

Sturzereignisse in den letzten 6 Monaten:       Ja       Nein

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

Hilfestellung bei der Mahlzeiteinnahme:       Ja       Nein       Nicht immer

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

Besteht eine Nahrungsmittelunverträglichkeit:       Ja       Nein

Spezielle Diäten: \_\_\_\_\_

Ist der Tagesgast inkontinent:

Harn  
Stuhl

Ja  
 Ja

Nein  
 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