

Anmeldung zur Tagespflege am Haus Rosental, Bonn

Für die Zeit ab _____ (erster kostenpflichtiger Besuchstag)

BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Name _____ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen _____

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Ort (Kreis, ggf. auch Land/Staat mit angeben)

Geb.-Name _____ Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Ehepartner(in): Name _____ Vorname _____

1. ANSPRECHPARTNER(IN)

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Telefon mobil _____ E.Mail-Adresse: _____

Verwandte(r)/Bekannte(r) _____ (z.B. „Sohn“, „Ehepartner“, „Enkelin“, „Freundin“, etc.)

Gerichtlich bestellte(r) Betreuer/in? Ja Nein Inhaber(in) einer Vorsorgevollmacht o.ä.? Ja Nein

2. ANSPRECHPARTNER(IN)

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Telefon mobil _____ E.Mail-Adresse: _____

Verwandte(r) /Bekannte(r) _____ (z.B. „Sohn“, „Ehepartner“, „Enkelin“, Freundin, etc.)

Rechtliche/r Betreuer/in? Ja Nein Inhaber(in) einer Vorsorgevollmacht o.ä.? Ja Nein
Betreuung wird/ist angeregt bzw. beantragt Ja Nein

Patienten- oder Notfallverfügung oder Pat.testament vorhanden Ja Nein

Beratung zum Thema Verfügungen/Pat.testament ist erwünscht Ja Nein

Impfungen (Covid): erfolgt Nein Ja, mit: _____

am: _____ und am: _____ und am: _____

Impfungen (Covid) erwünscht: Nein Ja

HAUSARZT (HAUSÄRZTIN)

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

WEITER(E) BEHANDELNDE(R) ARZT (ÄRZTIN)

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

KRANKENKASSE _____ Vers.Nr.: _____

Einstufung der Pflegekasse in einen Pflegegrad ____ **(Bitte Bescheinigung vorlegen)**

Haben Sie laut Bescheid der Pflegekasse „erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ (§ 45a Abs. 1 SGB XI), also Anspruch auf 125,-€ im Monat?

Ja Nein

(bei „Ja“ unbedingt Bescheid vorlegen!)

Sollen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zum Maximalbetrag von 125,00 € mtl. per Abtretungserklärung direkt mit der zuständigen Pflegekasse abgerechnet werden?

Ja Nein

An welchen Wochentagen, wie oft im Monat möchten Sie die Tagespflege besuchen und benötigen Sie den Fahrdienst? Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Welcher Tag, wie oft? _____

Der Hol- und Bringdienst wird für folgende Wochentage benötigt:

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Montag | <input type="radio"/> nur Hinfahrt | <input type="radio"/> nur Rückfahrt | <input type="radio"/> Hin- und Rückfahrt |
| <input type="radio"/> Dienstag | <input type="radio"/> nur Hinfahrt | <input type="radio"/> nur Rückfahrt | <input type="radio"/> Hin- und Rückfahrt |
| <input type="radio"/> Mittwoch | <input type="radio"/> nur Hinfahrt | <input type="radio"/> nur Rückfahrt | <input type="radio"/> Hin- und Rückfahrt |
| <input type="radio"/> Donnerstag | <input type="radio"/> nur Hinfahrt | <input type="radio"/> nur Rückfahrt | <input type="radio"/> Hin- und Rückfahrt |
| <input type="radio"/> Freitag | <input type="radio"/> nur Hinfahrt | <input type="radio"/> nur Rückfahrt | <input type="radio"/> Hin- und Rückfahrt |

- | |
|---|
| <input type="radio"/> Transport mit Rollstuhl |
| <input type="radio"/> bis 5 km |
| <input type="radio"/> 5 - 10 km |
| <input type="radio"/> über 10 km |

Finanzierung der Tagespflegebesuche

Als Gast zahle ich...

- die **Gesamtkosten** der Besuche
[trifft i.d.R. Gäste zu, die keinen Pflegegrad haben]
- die **Gesamtkosten, abzüglich Investitionskostenförderung**
[trifft i.d.R. auf Beihilfeberechtigte oder privat Pflegeversicherte zu]
- die **Gesamtkosten, abzüglich Pflegekassenanteil und Investitionskostenförderung**
[trifft für die meisten Gäste zu - gesetzlich Pflegeversicherte ab Pflegegrad 1. Die Kosten beschränken sich i.d.R. auf Unterkunft und Verpflegung]
- Kostenübernahme** ist beim zuständigen Sozialamt in _____ beantragt.

Wer soll die Rechnung über den Eigenanteil erhalten?

Gast oder 1. Ansprechpartner(in) oder 2. Ansprechpartner(in)

Bankverbindung zur Vorbereitung der freiwilligen Einzugsermächtigung (wird dem Vertrag beiliegen)

Institut _____ Konto.Nr _____ BLZ _____

BIC _____ IBAN _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Gastes, Bevollmächtigten
Gerichtlich bestellten Betreuer(in)