

MARIENHAUS TAGESPFLEGE ST. MICHAEL VÖLKLINGEN
ANMELDUNG ZUR TAGESPFLEGE



Besuch der Tagespflege ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

(Bitte diese Anmeldung sorgfältig und vollständig ausfüllen)

Nordring 4
66333 Völklingen
Tel.: 06898- 207 0
Fax: 06898- 207 220
eMail: tagespflege.voelklingen@
marienhaus.de

1. Gastbezogene Daten:

Name, Vorname:	Geburtsname:
geboren am:	in:
wohnhafte in: (PLZ/Wohnort)	Straße:
Telefon:	Kreis/Land
Familienstand:	Konfession:
Aufenthaltort z. Zeit:	Staatsangehörigkeit:
Personalausweis / Geburtsurkunde: ☐	Schwerbehindertenausweis: ☐
Krankenkasse/Pflegekasse:	Versicherungsnummer:
Krankenkassenkarte vorhanden ☐	Befreiungsausweis (Zuzahlung für Medikamente) ☐

2. Pflegerelevante Daten:

Einstufungsbescheid in der häusliche Pflege liegt vor: ja ☐ nein ☐ (bitte Kopie für die Einrichtung beifügen)	
Neuer Pflegegrad: _____	
Eingeschränkte Alltagskompetenz bestätigt? ja ☐ nein ☐ nach § 45a	
Hausarzt: _____	Anschrift: _____
Telefon: _____	_____
Einverständnis , dass Pflegefachkräfte der Tagespflege St. Michael Informationen bzgl. der Medikation beim Hausarzt anfragen dürfen: ja ☐ nein ☐	

Aufnahmetag: _____

3. Daten zu Angehörigen / Betreuern:

Name, Vorname (1. Ansprechpartner): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

E-Mail: _____ **Verwandtschaftsgrad:** _____

Name, Vorname (2. Ansprechpartner): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

E-Mail: _____ **Verwandtschaftsgrad:** _____

Betreuung/ Bevollmächtigung vorhanden: ja ☐ nein ☐

Name, Anschrift, Telefon: _____

Urkunden beigelegt:

Bestellungsurkunde (bei Betreuung über Amtsgericht)	ja ☐	nein ☐
--	-----------------------------	-------------------------------

Notarielle Vollmacht	ja ☐	nein ☐
----------------------	-----------------------------	-------------------------------

Patientenverfügung	ja ☐	nein ☐
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Vorsorgevollmacht	ja ☐	nein ☐
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

Sonstige: _____

(bitte Kopie für die Einrichtung beifügen)

Transport mit Fahrdienst: ja ☐ nein ☐

4. Persönliche Daten:

Gewünschte Zahlungsart:

Lastschrifteinzug: ☐

Überweisung: ☐

Rentenüberleitung: ☐

Rechnungsempfänger:

☐ Angehöriger _____

☐ Betreuer

☐ sonstige (bitte Name und Anschrift) _____

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich

Ein Beratungsgespräch hat am: _____ mit Frau/Herrn _____ stattgefunden.

Ort/Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers / Aufzunehmenden: _____