

T A G E S P F L E G E

OCHSENKOPFSTR. 41, 95493 BISCHOFSGRÜN, TEL. 09276/987-0, FAX 09276/987-20

Anmeldung

Vor- u. Zuname:			ggf. Geburtsname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:		Konfession:	Krankenkasse:	
Wohnanschrift:				

Gewünschte Tage der Pflege:

bitte angeben! (z.B. „Mo, Mi, Fr – ganztags/halbtags)

gesetzlicher Betreuer:				
Vor- u. Zuname:				
Anschrift:				
Telefon privat:		Telefon mobil:		
E-Mail-Adresse:				
Aufgabenkreise				

Angehörige; Ansprechpartner:

Vor- u. Zuname:				
Anschrift:				
Telefon privat:		Telefon mobil:		
E-Mail-Adresse:				
Verwandtschaftsgrad				

Angehörige; Ansprechpartner:

Vor- u. Zuname:				
Anschrift:				
Telefon privat:		Telefon mobil:		
E-Mail-Adresse:				
Verwandtschaftsgrad				

T A G E S P F L E G E

OCHSENKOPFSTR. 41, 95493 BISCHOFSGRÜN, TEL. 09276/987-0, FAX 09276/987-20

Hausarzt:	
-----------	--

Einstufung nach dem Pflegeversicherungsgesetz:	Wenn ja, bitte Grad angeben:	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 5	Wenn nein:	<input type="checkbox"/> Ist beantragt	<input type="checkbox"/> wird beantragt
--	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------	--	---

Beziehen Sie Pflegesachleistungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	wenn ja, dann benötigen wir eine Kopie des Kostenvoranschlages des Pflegedienstes
------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---

Erhalten Sie Betreuungsleistungen nach § 45 b?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> € 104,-	<input type="checkbox"/> € 208,-
--	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Wird voraussichtlich Sozialhilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ist beantragt	<input type="checkbox"/> wird beantragt
---	-------------------------------	--	---

Regeln Sie Ihre finanziellen Angelegenheiten selbst?	<input type="checkbox"/> Ja	wenn Nein, wer?
--	-----------------------------	-----------------

Zur Ihrer Information unsere Tagessätze (ab 4,5 Stunden):	
Vergütung für Pflegegrad 2:	€ 35,29
Vergütung für Pflegegrad 3:	€ 38,30
Vergütung für Pflegegrad 4:	€ 42,31
Vergütung für Pflegegrad 5:	€ 47,85
Der Tagessatz beinhaltet die Pflegevergütung, die Unterkunft, die Verpflegung sowie die Investitionskosten. Der Eigenanteil beträgt pro Tag € 9,73.	

Zur Ihrer Information unsere Halbtagesätze (bis 4,5 Stunden):	
Vergütung für Pflegegrad 2:	€ 21,17
Vergütung für Pflegegrad 3:	€ 22,86
Vergütung für Pflegegrad 4:	€ 25,12
Vergütung für Pflegegrad 5:	€ 28,24
Der Tagessatz beinhaltet die Pflegevergütung, die Unterkunft, die Verpflegung sowie die Investitionskosten. Der Eigenanteil beträgt pro Tag € 6,79.	

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------