

<b>Anfrage zur Aufnahme in die Tagespflege Mainbrücke im Marie-Juchacz-Haus, Jägerstraße 15, 97082 Würzburg</b>	Datum der Anfrage:
---	--------------------

Die Anfrage erfolgt:  telefonisch  persönlich  schriftlich

**Angaben zum Kunden:**

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon: Mobil:

Diagnose:  Diab. Mell.  Marcumar/blutgerinnungshemmende Medikamente  Allergien

Kostenträger: Versicherungsnummer:

Beihilfeberechtigt:  ja

Pflegegrad: beantragt am:

**Angaben zum Ansprechpartner:**

Kunde  Angehöriger  Betreuer

Vor- und Nachname:

Anschrift:

Telefon: Mobil:

Telefax: E- mail Adresse:

**Vertretung des Kunden: (Alle vorhandenen schriftlichen Betreuungsnachweise müssen zur Aufnahme vorliegen)**

**Vollmacht liegt schriftlich vor** (Genaue Bezeichnung der Vollmacht)

Name Bevollmächtigter: ggf. ausstellender Notar:

Adresse Bevollmächtigter: Vollmacht ausgestellt am:

Telefon: Mobil: Email: Fax:

**Amtlich bestellte Betreuung**  ist beantragt am: Von:

Betreuungsbereiche:

besteht seit: zuständiges Amtsgericht:

Name Betreuer: GNr / AZ Amtsgericht : XVII

Adresse Betreuer:

Telefon: Mobil: Email: Fax:

Patientenverfügung  liegt vor  liegt nicht vor

Geltungsbereich: Tagespflege Revision: 000/03.2021

<b>Derzeitiger Aufenthalt des Kunden:</b>			
---	--	--	--

<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------

Anschrift:

Telefon:	Telefax:
----------	----------

<b>Angaben zum Hausarzt:</b>	
------------------------------	--

Name:

Telefon:	Telefax:
----------	----------

<b>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</b>	
--	--

<input type="checkbox"/> Konkrete Empfehlung (Bekannte)	<input type="checkbox"/> Branchen- Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Pflegeberatung (Verbraucherzentrale)	<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/> Sozialdienst Krankenhaus
<input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst der AWO	<input type="checkbox"/> Sonstiger amb. Pflegedienst	
<input type="checkbox"/> Einrichtung ist bekannt	<input type="checkbox"/>	

<b>Angaben zur Versorgung:</b>	
--------------------------------	--

Welche Leistungen nehmen Sie in Anspruch:

Gewünschter Aufnahmetermin:	Datum der Aufnahme:
-----------------------------	---------------------

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Rollstuhlfahrer:	<input type="checkbox"/> ja	<b>Information für Fahrdienst:</b>
------------------	-----------------------------	------------------------------------

Beförderung gewünscht:	<input type="checkbox"/> ja	
------------------------	-----------------------------	--

Fußgänger	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
-----------	----------------------------------	------------------------------------

Gewünschte Abholzeit	ab frühestens:	ab spätestens:
----------------------	----------------	----------------

Gewünschte Bringzeit	ab frühestens:	ab spätestens:
----------------------	----------------	----------------

Sonstige Versorgung extern  
z.B. amb. Dienst, Krankengymnastik / Name/Tel.nr.:

<b>8. Angaben zum Gesprächstermin:</b>	
--	--

Beratungsgespräch am:

Aufnahme-/Vertragsgespräch am:

Interessent meldet sich noch einmal:       ja       nein

Informationsmaterial gewünscht:	<input type="checkbox"/> ja	Informationsmaterial herausgegeben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Probe-Tag am:  
Die Kosten für den Fahrdienst am Probe-Tag sind vom Kunden selbst zu zahlen.

<b>Angaben zum Tagespflegevertrag</b>	
---------------------------------------	--

Beginn der Leistung ab:

Tagespflegevertrag ausgehändigt am:

Tagespflegevertrag zurück am:	Ärztlicher Fragebogen zurück am:
-------------------------------	----------------------------------

Geltungsbereich: Tagespflege	Revision: 000/03.2021
------------------------------	-----------------------

