



Anfrage zur Aufnahme in die Tagespflege Mainbrücke im Marie-Juchacz-Haus, Jägerstraße 15, 97082 Würzburg		Datum der Anfrage:	
Die Anfrage erfolgt: <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> schriftlich			
Angaben zum Kunden:			
Vor- und Nachname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Telefon:		Mobil:	
Diagnose: <input type="checkbox"/> Diab. Mell. <input type="checkbox"/> Marcumar/blutgerinnungshemmende Medikamente <input type="checkbox"/> Allergien			
Kostenträger:		Versicherungsnummer:	
Beihilfeberechtigt:		<input type="checkbox"/> ja	
Pflegegrad:		beantragt am:	
Angaben zum Ansprechpartner:			
<input type="checkbox"/> Kunde <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Betreuer			
Vor- und Nachname:			
Anschrift:			
Telefon:		Mobil:	
Telefax:		E- mail Adresse:	
Vertretung des Kunden: (Alle vorhandenen schriftlichen Betreuungsnachweise müssen zur Aufnahme vorliegen)			
<input type="checkbox"/> Vollmacht liegt schriftlich vor (Genaue Bezeichnung der Vollmacht)			
Name Bevollmächtigter:		ggf. ausstellender Notar:	
Adresse Bevollmächtigter:		Vollmacht ausgestellt am:	
Telefon:	Mobil:	Email:	Fax:
<input type="checkbox"/> Amtlich bestellte Betreuung		<input type="checkbox"/> ist beantragt am:	Von:
Betreuungsbereiche:			
		<input type="checkbox"/> besteht seit:	zuständiges Amtsgericht:
Name Betreuer:		GNr / AZ Amtsgericht : XVII	
Adresse Betreuer:			
Telefon:	Mobil:	Email:	Fax:
Patientenverfügung <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor			
Geltungsbereich: Tagespflege			Revision: 000/03.2021
Bearbeitung: AK TP	Prüfung: QMB	Freigabe: BGF	Seite: 1

**Derzeitiger Aufenthalt des Kunden:** Privat Krankenhaus Rehabilitationseinrichtung

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

Angaben zum Hausarzt:

Name:

Telefon:

Telefax:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|---|--|---|
| <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"/> | |

Angaben zur Versorgung:

Welche Leistungen nehmen Sie in Anspruch:

Gewünschter Aufnahmetag:

Datum der Aufnahme:

 Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Rollstuhlfahrer:

 ja**Information für Fahrdienst:**

Beförderung gewünscht:

 ja

Fußgänger

 alleine 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.:

8. Angaben zum Gesprächstermin:

Beratungsgespräch am:

Aufnahme-/Vertragsgespräch am:

Interessent meldet sich noch einmal: ja nein

Informationsmaterial gewünscht:

ja

 Informationsmaterial herausgegeben

ben

 Nein

Probe-Tag am:

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

Angaben zum Tagespflegevertrag

Beginn der Leistung ab:

Tagespflegevertrag ausgehändigt am:

