

**Anfrage zur Aufnahme in die Tagespflege Mainbrücke im Marie-Juchacz-Haus, Jägerstraße 15, 97082 Würzburg**

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

**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:

