

Tagespflege ANFRAGEBOGEN

Vorname _____ Name _____ Geborene _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Krankenkasse _____

Genehmigung der
Kostenübernahme
der Pflegekasse

Ja Nein

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Ja Nein

Pflegegrad

1

2

3

4

5

Wochentage

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Angehörige / Bevollmächtigte / gesetzl. Betreuer

Festnetz / Mobilfunk / E-Mail

1.

2.

3.

Interprofessionelles Team

Telefon

Hausarzt

Facharzt

Pflegedienst

Therapeuten,

z.B. Ergo-,

Logo-, ...

Bitte schildern Sie uns kurz Ihre aktuelle Situation:

Benötigen Sie einen Hol- u. Bringdienst? Nein Ja

_____ km

einfache Entfernung
Wohnort – Tagespflege



Social Care Services Europe – SoCaSE GmbH
Kompetenzzentrum Demenz
Landsberger Straße 369
Tel.: 089 5898745 -28 Fax: -56
ltgtp-kom@awo-muenchen.de

Formular Senden

Auf Grund unseres Leistungsspektrums gelten folgende Ausschlusskriterien:

- **selbstständige Geh u. Stehfähigkeit muss vorhanden sein**
- **bettlägerige Pflegeempfangende können nicht aufgenommen werden**