

# Tagespflege ANFRAGEBOGEN

|   |            |      |                     |          |    |      |
|---|------------|------|---------------------|----------|----|------|
| Vorname   | Name       |      |                     | Geborene |    |      |
| Geburtsdatum  | Geburtsort |      |                     |          |    |      |
| Straße, Hausnummer                                    |            |      | Stockwerk           | PLZ, Ort |    |      |
| Krankenkasse  |            |      | KV-Nummer           |          |    |      |
| Genehmigung der<br>Kostenübernahme der<br>Pflegekasse | Ja         | Nein | Patientenverfügung! |          | Ja | Nein |
|   |            |      | Vorsorgevollmacht   |          |    |      |
| 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



Gerontopsychiatrische Tagespflege Neuperlach  
Plievierpark 9  
Tel.: 089 678203 -28

tagespflege2-hsz@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