

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



Tagespflege Oberschleißheim
Professor Otto-Hupp-Straße 30
Tel.: 089 31574 -230 | Fax: -299

tagespflege-osh@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