

Anmeldung zur Aufnahme als Gast in der „Tagespflege im Park“

Bitte zusammen mit dem ausgefüllten Ärztlichen Fragebogen zur Anmeldung in der Tagespflege einreichen.

Vor- und Nachname			geborene	
Adresse	Straße, PLZ, Ort			
	Telefon	Mobil		
	E-Mail			
Persönliche Daten	Geburtsdatum	Geburtsort		
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit	
Angehörige	1. Name			
	Verwandschaftsgrad	Bevollmächtigung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Straße, PLZ, Ort			
	Telefon	Mobil		
	E-Mail			
	2. Name			
	Verwandschaftsgrad	Bevollmächtigung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Straße, PLZ, Ort			
	Telefon	Mobil		
	E-Mail			
Betreuer/Betreuerin (nach Betreuungsrecht)	Name			
	Straße, PLZ, Ort			
	Telefon	E-Mail		
	Wirkungskreis der Betreuung			
Rechnungsempfänger	Name			
	Straße, PLZ, Ort			
Krankenkasse		Vers.-Nr.	Pflegegrad	
Hausarzt	Name			
	Straße, PLZ, Ort			
Tagespflegebesuch	Montag <input type="checkbox"/>	Dienstag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/>	
Hol- und Bringservice	Abholen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bringen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Die Datenschutzinformation zur Verarbeitung der vorgenannten personenbezogenen Daten durch die Haus Abendfrieden gGmbH, einsehbar unter <https://www.haus-abendfrieden.de/node/82>, habe ich zur Kenntnis genommen.

Verantwortlich im Sinne der DSGVO: Geneviève Graf · Datenschutzbeauftragte: Melita Jerzy · haus-abendfrieden.dsb@verdata.de

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Tagespflegegastes (nur, wenn nicht Personengleichheit)



Ärztlicher Fragebogen

als Anlage zur Anmeldung in der „Tagespflege im Park“

Vor- und Nachname geborene

Geburtsdatum

Diagnose

Psychische Erkrankungen

Medikamente

Allergien

Ist Diät-/Schonkost erforderlich (wenn ja, welche?)

Hinweise/
 Bemerkungen
 z.B. Infektionen

Der Tagespflegegast ist gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) frei von ansteckenden Krankheiten (wie z.B. Tbc, Hepatitis A, B, C; Covid 19, HIV, etc.) ja nein

<p>Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.</p> <p>Ort <input type="text"/></p> <p>Datum <input type="text"/></p>	<p>Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------