

Fragebogen zur Bewohnerin/zum Bewohner

Haus am Hesterberg **Tagespflege Dörverden**

Pflegeeinrichtung des Landkreises Verden
 Hespenkamp 8, 27313 Dörverden
 Telefon: 04234 9301-0 Fax: 04234 9301-123
 E-Mail: haus-am-hesterberg@landkreis-verden.de

Haus in der Bürgerei

Pflegeeinrichtung des Landkreises Verden
 Bürgerstraße 27, 27321 Thedinghausen
 Telefon: 04204 9151-0 Fax: 04204 9151-33
 E-Mail: haus-in-der-buergerei@landkreis-verden.de

Familienname		Geburtsname	
Vornamen (Rufnamen unterstreichen)			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Religion		Staatsangehörigkeit	früherer Beruf
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend			
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)			Telefon
derzeitiger Aufenthalt			
Gewöhnlicher Aufenthalt innerhalb der letzten 12 Monate im Land Niedersachsen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Nächste Angehörige

Verwandtschafts- verhältnis	Name, Vorname, Anschrift, Telefon

ggf. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter oder Betreuerin/Betreuer

(bitte Kopie der Vollmacht oder des Betreuerausweises beifügen)

Name, Anschrift, Telefon

Hausärztin/Hausarzt

Name, Anschrift, Telefon

Pflegebedarf

vollständige Adresse und Telefonnummer der Kranken-/Pflegekasse

- Die Leistungen der Pflegekasse sind noch nicht beantragt.
 Die Leistungen der Pflegekasse sind beantragt.
 Leistungen der Pflegekasse nach Pflegegrad _____ sind bewilligt. (bitte Kopie des Bescheides beifügen)

Bei Anmeldung für die Tagespflege:

Häufigkeit und Wunschtage: _____

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

- Fahrtenregelung: Fahrdienst durch die Tagespflege gewünscht
 bis 10 km 10,01-15,0 km ab 15,01 km
 Fahrdienst wird durch Angehörige geregelt

Ambulanter Pflegedienst wird zuhause in Anspruch genommen ja nein

Pflegedienst: Name, Adresse, Tel.: _____

Besonderheiten bei den Fahrten (z. B.: Schlüssel, Notrufe, Mobilitätshilfen):

Heimkosten

Die Heimkosten können unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegekasse

- selbst aufgebracht werden.
 nicht selbst aufgebracht werden. Zuzahlung erforderlich durch:
 Sozialamt Antrag am _____ beim Sozialamt in _____ gestellt.
 Sonstige: _____

Sonstiger Leistungsanspruch

Leistungen der Kriegsopferfürsorge ja nein

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich willige der Verarbeitung meiner Daten ein. Die anliegende Belehrung gem. Art. 13 DSGVO zu dieser Einwilligung habe ich gelesen. Den Inhalt und insbesondere meine Rechte habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers