



Anmeldung zur Tagespflege ab: _____

An welchen Tagen wird Tagespflege gewünscht?

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Ist ein Schnuppertag gewünscht ? Nein Ja, am _____

Ist ein Fahrdienst gewünscht? Nein Ja

Bitte beachten Sie, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Die Anmeldung ist nur mit dem ärztlichen Fragebogen vollständig. Vielen Dank für Ihre Verständnis!

Name		Vorname	
Geburtsname		Familienstand	
Geburtsstag		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit		Konfession	
Adresse	Straße Nr.		
	PLZ Ort		
	Telefon		
	Mobil		
	Mail		
Derzeitiger Aufenthalt			
Kontaktdaten des Sozialdienstes	Name		
	Telefon		
Kontaktdaten des Fahrdienstes	Name		
	Telefon		
Angehörige/Bevollmächtigte Person/ Rechtlicher Betreuer			
1.	Name		<input type="checkbox"/> Angehöriger
	Vorname		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
			<input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer
	Verwandtschaftsgrad		
Adresse	Straße Nr.		
	PLZ Ort		
	Telefon		
	Mobil		
	Mail		
2.	Name		<input type="checkbox"/> Angehöriger
	Vorname		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
			<input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer
	Verwandtschaftsgrad		
Adresse	Straße Nr.		
	PLZ Ort		
	Telefon		
	Mobil		
	Mail		
Hausarzt	Name		
	Straße Nr.		
	PLZ Ort		
	Telefon		
	Mobil		
	Mail		
Aufnahmedringlichkeit/-grund			
Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine rechtliche Betreuung beantragt?		<input type="checkbox"/> ja, wann	
		<input type="checkbox"/> nein	

Tagespflege im Thomaszentrum

Jägerstraße 2
79108 Freiburg
Tel.: 0761 216367-123



Evangelische
Stadtmission
Freiburg e.V.

Krankenkasse/Beihilfe/Privat		Versicherungsnr.	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt am
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		

Datenschutz- und Einwilligungserklärung

Die Anmeldung mit o.g. Angaben sowie das ärztliche Zeugnis werden für die sachgerechte Suche und Vermittlung

eines Tagespflegeplatzes erhoben. Des Weiteren werden die Daten für statistische Zwecke anonymisiert genutzt.

Die Daten werden ansonsten für keine anderen Zwecke verwendet. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und bin damit einverstanden, dass die Unterlagen zu den genannten Zwecken verarbeitet und weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass ich diese

Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Die Anmeldung erfolgte durch (Vor- u. Zuname) _____