

**Anmeldung zur Tagespflege**

**Angaben zum Pflegebedürftigen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

**Angaben zu den Kostenträgern**

Pflegestufe: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ beantragt am: \_\_\_\_\_  
Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertennr.: \_\_\_\_\_  
Selbstzahler: \_\_\_\_\_ Sozialamt: \_\_\_\_\_  
Antrag zusätzliche Betreuungsleistungen bei Pflegekasse gestellt am: \_\_\_\_\_

**Angaben zu den Ärzten**

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Fachärzte: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Aufnahme und Fahrdienst**

Termin zum Beginn der Versorgung: \_\_\_\_\_  
Wochentage:  Mo  Di  Mi  Do  Fr  \_\_\_\_\_  
Fahrdienst: 

	Abholung	Heimfahrt
Elisabeth-Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Angaben zur Betreuung**

Betreuer: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Angehörigen (Name, Anschrift, Telefon, E-Mail)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**sonstige Vereinbarungen:**

sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon: 02655 / 93 92 - 10 15 | Fax: - 19 | E-Mail: info@seniorenzentrum-weibern.de