

Tagespflege im Seniorenzentrum Dietrich-Bonhoeffer

Stinnesstraße 8 D - 85057 Ingolstadt
Tel. 0841 888-534 - Fax 0841 888-535
Email: tagespflege@dw-in.de

Vormerkung/Anmeldung zur die Tagespflege im Seniorenzentrum Dietrich-Bonhoeffer

Ich bitte um Anmeldung für folgende Besuchstage:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Buchungszeiten:	8.00 - 16.00 Uhr	8.00 - 12.00 Uhr	12.00 - 16.00 Uhr	
Wann wird die Aufnahme gewünscht:		sofort	ab _____	
Ein Fahrdienst ist erwünscht:	Hinfahrt	Rückfahrt	Gast wird gebracht	

Familiename, Vorname(n)

Geburtsname

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort

Gesetzlicher Betreuer vorhanden ja (Kopie bitte vorlegen) nein

Vorsorgevollmacht vorhanden ja (Kopie bitte vorlegen) nein

Patientenverfügung vorhanden ja (Kopie bitte vorlegen) nein
(bei Interesse sprechen Sie uns einfach an)!

Familienstand: verheiratet verwitwet ledig geschieden

Konfession: Evangelisch Katholisch _____

Pflegegrad: keiner beantragt
Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst betreut: ja nein

Gesundheitliche Einschränkungen, Erkrankungen

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

Krankenkasse (Name, Adresse)

ich bin privatversichert

Ich bin Beihilfeberechtigt (z.B. nach Beamtenrecht)

Erhalten Sie:

Logopädie (Name, Adresse, Telefon)

Physiotherapie (Name, Adresse, Telefon)

Anschrift des Angehörigen oder gesetzlichen Betreuers

Familiennamen, Vorname

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Telefon

Mobil

E-Mail

Wer soll zur Abstimmung der Aufnahme angerufen werden?

Zukünftiger Tagesgast

Angehöriger

gesetzlicher Betreuer

Wer kommt für die durch eigene Bezüge nicht gedeckten Pflegekosten auf?

Ich bin auf Sozialhilfe angewiesen

Datum

Unterschrift

➔ Bitte beachten Sie, dass wir nur vollständig ausgefüllte Formulare berücksichtigen können ➔