

# Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V. Tagespflege



## Anmeldung zur Tagespflege

Name Vorname  
(Gast): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Entfernung in km \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Abweichende Rechnungsadresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name (Angehöriger/Betreuer/Bevollmächtigter): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Besteht eine Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein    Patientenverfügung:  ja  nein

Gesetzliche Betreuung:  ja  nein

Behandelnde Ärzte:

1. Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Fahrdienst zur Tagespflege gewünscht:  ja  nein

Benötigte Hilfsmittel:  Rollator  Rollstuhl  Gehstock  Sonstige \_\_\_\_\_

Gewünschte Besuchstage/Woche: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Erstellt von: K. Bottin	Geprüft von: B. Schröter	Datum: 01.02.2023	Freigabe durch: K. Bottin
----------------------------	-----------------------------	----------------------	------------------------------