

Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Paulushof e.V. Tagespflege



Anmeldung zur Tagespflege

Datum Aufnahme: _____

Fahrdienst: ja nein Rollstuhl

Name Vorname

(Gast): _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Familienstand: _____ Pflegegrad: _____ Entfernung in km: _____

Adresse: _____

Abweichende Rechnungsadresse: _____

Krankenkasse: _____

Name (Angehöriger/Betreuer/Bevollmächtigter): _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Weitere Angehörige: _____

Besteht eine Vorsorgevollmacht: ja nein Patientenverfügung: ja nein

Gesetzliche Betreuung: ja nein

Behandelnde Ärzte:

1. Name: _____ Telefon: _____

2. Name: _____ Telefon: _____

3. Name: _____ Telefon: _____

Pflegedienst: _____ Telefon: _____

Gewünschte Besuchstage/Woche: _____

Samstagsbesuche nach Bedarf

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Erstellt von: K. Bottin	Geprüft von: B. Schröter	Datum: 15.01.2025	Freigabe durch: K. Bottin
----------------------------	-----------------------------	----------------------	------------------------------