



SENIOREN- UND PFLEGEZENTRUM
ST. ANTONIUS

**Senioren- und Pflegezentrum
St. Antonius gGmbH**
Klosterstraße 30
52146 Würselen

Tel.: 02405/457-0
Fax: 02405/457-200
Internet: www.antonius-wuerselen.de
E-Mail: info@antonius-wuerselen.de

Eingangsvermerke des Heimes

Anmeldung zur Tagespflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Tagespflege einsenden)

1. Vor- u. Zuname					
2. Adresse (Straße/PLZ/Ort)					Tel.
3. Derzeitiger Aufenthalt					
bei Krankenhaus oder Altenheim bitte ent- sprechende Adresse					Tel.
4. Geburtsdaten/- ort	Datum	Ort			
5. Familienstand	verh. <input type="checkbox"/>	verw. <input type="checkbox"/>	gesch. <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	6. Konfession: 7. Staatsangehörigkeit:
8. Angehörige	a)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			
		Tel.			
	b)	Name			
		Straße/PLZ/Ort			
		wie verwandt			
		Tel.			
	c)	Name			
	Straße/PLZ/Ort				
	wie verwandt				
	Tel.				
9. Betreuer nach Betreuungsrecht	Name				
	Straße/PLZ/Ort				Tel.
Wirkungskreis der Betreuung	Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> ärztliche Versorgung <input type="checkbox"/>				
10. Hausarzt	Name				
	Straße/PLZ/Ort				Tel.
11. Gewünschte Besuchstage	Mo. <input type="checkbox"/>	Die. <input type="checkbox"/>	Mi. <input type="checkbox"/>	Do. <input type="checkbox"/>	Frei. <input type="checkbox"/>
	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Gewünschter Fahrdienst?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
12. Hinweise, Be- anstandungen Ergänzungen					
13. Pflegestufe	(Bitte Pflegesatzbescheid beifügen)				
Kranken- bzw. Pflegekasse					
14. Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?				

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden

Ort		
Datum		