



Spitalgasse 3, 91438 Bad Windsheim
Tel: 09841/6669-0 - Fax: 09841/6669-15

**Anmeldung für
TAGESPFLEGEGÄSTE**

Vor- und Zuname: _____ Geb.Name _____

Geburtsort: _____ Geburtstag: _____

Familienstand: ledig verh. verw. gesch. getrennt lebend Konfession: _____
(Zutreffendes ankreuzen)

Derzeitige Wohnung: _____

Postleitzahl) _____ (genaue Anschrift) _____ (Tel:) _____

Name und Adresse eines nahen Angehörigen angeben: _____
(Name, Vorname) _____

(Anschrift) _____ (Telefon Angehörige) _____

Pflegegrad: keine 1 2 3 4 5

Wandertenzenz ja nein

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____

Ambulanter Dienst: ja, welcher

Diagnosen:

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr

Abholung: ca. Uhr Rücktransport: ca. Uhr oder

Angehörige: früh ja nein abends ja nein

Beginn der Tagespflege:

Tage der Anwesenheit:	Montag	von	Uhr bis	Uhr
	Dienstag	von	Uhr bis	Uhr
	Mittwoch	von	Uhr bis	Uhr
	Donnerstag	von	Uhr bis	Uhr
	Freitag	von	Uhr bis	Uhr

Termin (Aufnahmegespräch):

Datum: Uhrzeit:

Schmidt

Kenntrnisnahme Einrichtungsleitung:
Datum, Pflegedienstleitung Datum, Einrichtungsleitung