

**ANMELDUNG ZUR
TAGESPFLEGE**
(bitte ankreuzen)

- Tagespflege im
Hildegard Bienen Haus**
Am Rosengarten 1, 47179 Duisburg
- Tagespflege Schloßstraße**
Schloßstraße 1, 47179 Duisburg

ANMELDUNG ZUR TAGESPFLEGE

Name _____ Vorname(n) _____
(Rufname bitte unterstreichen)

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Ort _____
(Kreis ggf. auch Land/Staat mitangeben)

Geb.-Name _____ Familienstand _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____ Beruf _____

Name Ehepartner(in) _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Name _____ Beruf _____

KINDER Anzahl der Kinder _____ davon verstorben _____

ANSPRECHPARTNER(IN)

1. Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Telefon dienstl. _____ Verwandte(r)/Bekannte(r) _____

2. Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Telefon dienstl. _____ Verwandte(r)/Bekannte(r) _____

GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Telefon dienstl. _____ Verein _____

Wirkungskreise _____

Betreuung wird angeregt bzw. beantragt ja nein

Betreuung ist angeregt bzw. beantragt ja nein

INHABER(IN) VON VOLLMACHT(EN)

Name _____ Vorname _____

Wirkungskreise _____

(z. B. Gesundheit, Aufenthalt, Vermögen)

HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

WEITER(E) BEHANDELNDE(R) ARZT(ÄRZTIN)

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

KRANKENKASSE _____ **Vers.-Nr.** _____

Einstufung der Pflegekasse in Pflegegrad _____

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei / wird übersandt. Ich bin damit einverstanden, dass die Anmeldung zur Tagespflege und der ärztliche Fragebogen der von mir gewünschten Tagespflege übersandt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegeinteressent(in), Bevollmächtigte(r),
gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)