



# Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West

Stationäre Altenhilfe • Behindertenhilfe

Kapitel III

QMH III-2.2.1.

**FB III-2.2.1./05**

Dienstleistungen in der Praxis der stationären Pflege

Beratung

## Antrag / Anmeldung zur Tagespflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen und dem Biografieblatt zur Aufnahme einsenden, zutreffendes bitte ankreuzen )

1. Vor- und Zuname (Geburtsname)			
2. Adresse	Straße:	PLZ/Ort:	Telefon:
3. derzeitiger Aufenthalt	Straße:	PLZ/Ort:	Telefon:
4. Geburtsdaten	Geburtsdatum:	Geburtsort:	
5. Familienstand			
6. Pflegegrad			
7. Staatsangehörigkeit			
8. Konfession			
9. Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit			
10. Angehörige:	a)	Name:	Telefon:
		Straße:	PLZ/Ort:
		wie verwandt:	
	b)	Name:	Telefon:
		Straße:	PLZ/Ort:
		wie verwandt:	
	c)	Name:	Telefon:
		Straße:	PLZ/Ort:
		wie verwandt:	
11. Betreuer	Name:	Telefon:	
	Straße:	PLZ/Ort:	
12. Hausarzt	Name:	Telefon:	
	Straße:	PLZ/Ort:	
13. Krankenkasse			Telefon:
	Straße:	PLZ/Ort:	
Mitgliedsnummer			



# Senioren- und Sozialzentrum gemeinnützige GmbH Sachsen-West

Stationäre Altenhilfe • Behindertenhilfe

Kapitel III  
QMH III-2.2.1.

Dienstleistungen in der Praxis der stationären Pflege  
Beratung

**FB III-2.2.1./05**

## Antrag / Anmeldung zur Tagespflege

14. Hinweise, Ergänzungen, Wünsche					
15. An welchen Tagen wünschen Sie eine Betreuung?	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen o. beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt;	ja: <input type="checkbox"/>			nein: <input type="checkbox"/>	
	Straße:			Telefon:	
			PLZ/Ort		

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit, auch:

.....  
Unterschrift des Aufzunehmenden

Revision: 1.2	Datum	Archivierung		Seite
FB III-2.2.1.-05	12.06.2015	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	2 von 2