



Tagespflege „Sommergarten“

im Evang. Altenzentrum Friedrich-Wilhelm-Raiffeisen

Fürthener Str. 5, 57577 Hamm

Tel.: 0 26 82 – 96 099 - 0

Fax: 0 26 82 – 96 099 – 33

E-Mail-Adresse: a.lizurek@ev-altenhilfe-ak.de

## Anmeldung zur Aufnahme

Name, Vorname (ggf. Titel): \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in (PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Gewünschte Teilnahme an der Tagespflege:  montags  dienstags  mittwochs  
 donnerstags  freitags

Fahrdienst notwendig?  Ja  Nein  Nur für Abholung  Nur für Rückfahrt

### Angehörige:

a) Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

wie verwandt: \_\_\_\_\_

b) Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

wie verwandt: \_\_\_\_\_

**Betreuung/Vollmacht/Patientenverfügung:** Ja Nein

(bitte Kopie mitbringen)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

beantragt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/Pflegekasse**

Name: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung?  Ja  Nein gültig von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_**Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Kostenträger**Selbstzahler?  Ja  Nein Beihilfeempfänger?  Ja  Nein

Rechnungsadresse, falls abweichend von der Bewohneradresse:

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Antrag auf Sozialhilfe gestellt?  Ja  Nein am: \_\_\_\_\_

durch: \_\_\_\_\_ beim Sozialamt: \_\_\_\_\_

Sachlich zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

Örtlich zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_

Unterschrift Aufzunehmenden:  
(wenn nicht Personengleichheit) \_\_\_\_\_