

<b>6.1 Einzug</b>	<b>F 1 Aufnahmeantrag</b>
-------------------	---------------------------

**SH AM ZELTNERSCLOSS**  
 TEL. 0911/99 403 - 500  
 FAX: 0911/99 403 - 598

**TAGESPFLEGE SZ**

**SH AM LANGWASSERSEE**  
 TEL. 0911/99 403 - 900  
 FAX: 0911/99 403 - 998

**TAGESPFLEGE HF**

**ANTRAG AUF AUFNAHME** vom \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> ALLG. PFLEGE	<input type="checkbox"/> DZ	<input type="checkbox"/> EZ	<input type="checkbox"/> KURZZEITPFLEGE	<input type="checkbox"/> BESCH. PFLEGE	<input type="checkbox"/> TAGESPFLEGE.
---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---	--	---------------------------------------

**NAME, VORNAME:** \_\_\_\_\_

**GEBURTSNAME:** \_\_\_\_\_ **FAMILIENSTAND:** \_\_\_\_\_

**GEB. AM:** \_\_\_\_\_ **IN:** \_\_\_\_\_

**BERUF:** \_\_\_\_\_ **KONFESSION:** \_\_\_\_\_

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_

**ANGEHÖRIGE/VERHÄLTNIS ZUM ANTRAGSTELLER:**

SOHN / TOCHTER    EHEFRAU/EHEMANN    ENKEL/ENKELIN    NICHT/NEFFE

**NAME, VORNAME** \_\_\_\_\_

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_

**TELEFON:** \_\_\_\_\_ **MOBIL:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**HAUSARZT**  
 (NAME/ADRESSE): \_\_\_\_\_

**KRANKENKASSE:** \_\_\_\_\_

**AMB. PFLEGEDIENST** \_\_\_\_\_

**VERS. NR.** \_\_\_\_\_

**VOLLMACHT/ BETREUUNG VORHANDEN?** (NAME U. ADRESSE DES BEVOLLMÄCHTIGTEN/BETREUERS)

**PFLEGEGRAD:**  BEANTRAGT    PG 1    PG 2    PG 3    PG 4    PG 5

**ZUZAHLUNGSBEFREIUNG**    JA    NEIN   **BEILHILFEBERECHTIGUNG**    JA    NEIN

**DIE HEIM-/TAGESPFLEGEKOSTEN SIND GESICHERT DURCH (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):**

EIGENES EINKOMMEN    PFLEGEKASSE    SOZIALHILFE

**PATCHEN DER WÄSCHE (GILT NUR BEI DAUERPFLEGE)**    JA    NEIN

**NUR FÜR TAGESPFLEGE**

**FAHRDIENST ERWÜNSCHT**    JA    NEIN   **BESUCHSTAGE:**    MO    DI    MI    DO    FR

EINFACHE STRECKE WOHNORT / TAGESPFLEGE ANZAHL KILOMETER: \_\_\_\_\_

**PROBETAG AM:** \_\_\_\_\_   **VERTRAGSBEGINN:** \_\_\_\_\_

Datum	Unterschrift Bewohner / Angehöriger / Betreuer
-------	---