

Städtische Einrichtung für Altenhilfe
Marienstift Dorfen
Ruprechtsberg 18
84405 Dorfen

Anmeldung zur



Tel. 08081 / 9322-0
Fax: 08081 / 9322-65
E-Mail: info@marienstift-dorfen.de

Tagespflege

ab Datum _____

Wochentage

Mo Di Mi Do Fr

Name	
Vorname (n)	
Geburtsname	
Geburtsdaten (beim Geburtsort, Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben)	am _____ in _____ Kreis _____ Land _____ Staat _____
Wohnanschrift (Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	Postleitzahl: _____ Wohnort/ Gemeinde: _____ Straße und Hausnummer: _____
Derzeitiger Aufenthalt (zurzeit in welchem Krankenhaus, Heim oder...)	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____
Familienstand	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
Beruf	erlernter Beruf: _____ zuletzt ausgeübte Tätigkeit/Beruf: _____
Kinder (bitte Namen angeben)	_____ _____
Angehörige (falls keine Angehörigen vorhanden sind bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben) a) Ehepartner/ Lebensgefährte	Familiennome _____ Vorname(n) _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ wie verwandt? _____ Tel. _____ Handy Nr. _____ E-Mail-Adresse: _____
Angehörige (falls keine Angehörigen vorhanden sind bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben) b)	Familiennome _____ Vorname(n) _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ wie verwandt? _____ Tel. _____ Handy Nr. _____ E-Mail-Adresse: _____
gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter (wenn ja Name und genaue Anschrift angeben und Bestellsurkunde beifügen)	Name _____ Vorname(n): _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Handy Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Patientenverfügung Betreuungsverfügung Vollmachten	(wenn ja eintragen welche und Kopie abgeben)
Kostenträger/ Krankenkasse (Die Kosten werden aufgebracht durch)	Versicherungs- Nummer: _____ <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> private Krankenkasse
Genauere Bezeichnung und Anschrift der Krankenkasse	Bezeichnung: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
Pflegegrad (ja welche, seit wann oder nein)	Grad: _____ seit Datum: _____
Name des Hausarztes	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
Name von Fachärzten	Name: _____ Fach: Zahnarzt Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____ Name: _____ Fach: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Straße und Hausnummer: _____ Tel.: _____ Fax Nr.: _____
Wie kommen Sie zur Tagespflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrdienst <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> selbst

Ort _____ den, _____

Unterschrift des Bewerbers oder dessen gesetzlicher Vertreter

Bitte ärztliches Zeugnis, Biografie und Kurzbeschreibung des Tagesablaufes.
Wenn vorhanden Genehmigung der Pflegegrad, Bestallungsurkunde des Betreuers,
Betreuungsverfügung, Patientenverfügung, Vollmachten, Schwerbehindertenausweis
und sonstige relevante Unterlagen vorlegen.