

VERTRAGLICHE VEREINBARUNG FÜR DIE AUFNAHME IN DER TAGESPFLEGE

NACHNAME:..... VORNAME:

bei Frauen auch Geburtsname:

FAM.STAND:..... GEBOREN AM: IN:

RELIGION:..... STAATSANG:..... FRÜHERER BERUF:.....

ADRESSE:..... STADTTEIL:.....

TELEFON:..... KRANKENKASSE:.....

VERSICHERUNGSNR:..... MITVERSICHERT BEI:

BEFREIT VON DER REZEPTGEBÜHR: ja nein

SACHWALTER: ja nein beantragt.....

BEHANDELNDER HAUSARZT:

Pflegestufe : seit:

| Verwandtschaft Beziehungsgrad | Name | Adresse | Telefon/Handy-Nr./ E-Mail-Adresse |
|----------------------------------|------|---------|--------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VEREINBARUNG ÜBER DIE ANZAHL DER TAGE, DIE IN DER
TAGESHEIMSTÄTTE VERBRACHT WERDEN:

Vormittag:

Nachmittag:

| | | |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| Montag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dienstag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mittwoch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Donnerstag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freitag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RECHUNGSADRESSE:

.....

Sollte es zu Veränderungen kommen, bitte drei Tage im vorhinein bei der Stationsleitung melden ,

BESONDERE FORM DER DIÄT:

ERNÄHRUNGSHINWEISE:

HOBBYS:

MEDIKAMENTENVERORDNUNG

| Name des Medikaments | Morgen | Mittag | Abend |
|----------------------|--------|--------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG:

DIE KOSTEN DER UNTERBRINGUNG IM TAGESHEIM WERDEN ÜBERNOMMEN
VON:

Name: geb.:

Datum:Unterschrift des Antragstellers:.