

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 6.1 Einzug | F 1 Aufnahmeantrag |
|-------------------|---------------------------|

SH AM SH AM SH AM TAGESPFLEGE
ZELTNER SCHLOSS LANGWASSERSEE GOLDBACH

ANTRAG AUF AUFNAHME

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> KURZZEITPFLEGE <input type="checkbox"/> DAUERPFLEGE | <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/> EZ | <input type="checkbox"/> BESCHÜTZENDE PFLEGE <input type="checkbox"/> ALLG. PFLEGE |
|---|---|---|

| | | | |
|--|------------|-----------------------------|--|
| NAME | | VORNAME | |
| GEBURTSNAME: | | FAMILIENSTAND: | |
| GEB. | IN: | STAATSANGEHÖRIGKEIT: | |
| BERUF: | | KONFESSION: | |
| ADRESSE: | | | |
| PERSONALAUSWEIS <input type="checkbox"/> ORIGINAL BEI _____ <input type="checkbox"/> KOPIE HINTERLEGT IN: _____ | | | |

| |
|--|
| PFLEGEGRAD: <input type="checkbox"/> BEANTRAGT AM: _____ <input type="checkbox"/> VORHANDEN SEIT: _____ <input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5 <input type="checkbox"/> § 39C |
|--|

| | |
|--|--|
| KRANKENKASSE: | |
| ZUZAHLUNGSBEFREIUNG <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | BEIHILFE BERECHTIGUNG <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG HAUSARZT (NAME/TEL./ADRESSE): | <input type="checkbox"/> EIGENER HAUSARZT KOMMT <input type="checkbox"/> HAUSARZT VOM HEIM |

| | |
|--------------------------------|--|
| HAFTPFLICHT HERS. + NR. | |
|--------------------------------|--|

| | |
|----------------------|---|
| COVID GEIMPFT | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN WIE OFT ? |
|----------------------|---|

| | |
|----------------------------------|---|
| SCHWERBEHINDERTEN AUSWEIS | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| MERKZEICHEN | <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> B |

| | |
|-----------------------------------|---|
| TASCHENGELDKONTO GEWÜNSCHT | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
|-----------------------------------|---|

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------|
| FRISEUR VOM HAUS | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> | TASCHENGELDKONTO | <input type="checkbox"/> | PRIVAT |
| KOSMETISCHE FUßPFLEGE VOM HAUS | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> | TASCHENGELDKONTO | <input type="checkbox"/> | PRIVAT |
| PODOLOGISCHE FUßPFLEGE VOM HAUS | <input type="checkbox"/> | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> | TASCHENGELDKONTO | <input type="checkbox"/> | PRIVAT |

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

EIGENES EINKOMMEN PFLEGEKASSE SOZIALHILFE

PATCHEN DER WÄSCHE (BEI DAUERPFLEGE PFLICHT) JA NEIN

BESTATTUNGSREGELUNG _____

BESTATTUNGSVORSORGE _____

ANGEHÖRIGE/VERHÄLTNIS ZUM ANTRAGSTELLER:

SOHN / TOCHTER EHEFRAU/EHEMANN NICHTNE/NEFFE _____

VOLLMACHT PATIENTEN VERFÜGUNG BETREUUNG

NAME U. ADRESSE/E-MAIL DES ANGEHÖRIGEN / BEVOLLMÄCHTIGTEN/ BETREUERS

| | | | |
|---------------|--|--------|--|
| NAME, VORNAME | | | |
| ADRESSE: | | | |
| TELEFON: | | MOBIL: | |
| E- MAIL: | | | |

NUR FÜR TAGESPFLEGE

FAHRDIENST ERWÜNSCHT JA NEIN BESUCHSTAGE: MO DI MI DO FR

EINFACHE STRECKE WOHNORT / TAGESPFLEGE ANZAHL KILOMETER: _____

PROBE TAG AM: _____ VERTRAGSBEGINN: _____

| | |
|---------------------|----------------------------|
| <u>DATUM</u> | <u>UNTERSCHRIFT</u> |
|---------------------|----------------------------|